



**Einwilligung in die Direktabrechnung sowie
Schweigepflichtsentbindung und Einwilligung in die Verwendung personenbezogener Daten**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Name der Einrichtung: Regionale Kliniken Holding RKH GmbH (nachfolgend RKH)

Name und Service-Nummer des Arbeitgebers:

Ich bin damit einverstanden, dass die RKH oder eine zur Abrechnung ermächtigte Stelle (liquidationsberechtigte Chef-/Wahlärzte oder externe Abrechnungsstelle) mit dem Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit (nachfolgend Debeka) alle tariflich versicherten Leistungen direkt abrechnet. Debeka wird dazu ermächtigt, Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag mit schuldenbefreiender Wirkung direkt oder unmittelbar an die RKH oder eine zur Abrechnung ermächtigte Stelle (Rechnungssteller) zu zahlen.

Ich bin bei der Debeka mit dem folgenden Tarif PlusCard/PlusCard Family versichert:

comfort select premium prevent

Ich willige ein, dass die RKH oder eine zur Abrechnung ermächtigte Stelle die zur Direktabrechnung und deren Durchsetzung gegenüber der Debeka benötigten personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, die Dauer der stationären Behandlung und die Höhe der anfallenden Kosten für die Wahlleistung Chefarzt/Wahlarzt nebst Gebührenpositionen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie die Dauer und die Kosten für die Wahlleistung Unterbringung, die Höhe der anfallenden Kosten neben Gebührenpositionen der GOÄ für die Zweitmeinung und die Höhe der Präventionsleistung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Meine Einwilligung umfasst ausdrücklich auch die hierzu erforderliche Verwendung von Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 4 Nr. 15 Datenschutz-Grundverordnung (DS GVO)

Ich willige ferner ein, dass die DBK die oben genannten Daten einschließlich meiner Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist.

Einverständnis ja nein

Hiermit entbinde ich zum Zweck der Direktabrechnung und deren Durchsetzung die Mitarbeiter der RKH oder einer zur Abrechnung ermächtigten Stelle von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der Debeka die zur Leistungsermittlung erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Einverständnis ja nein

Hiermit entbinde ich die Debeka zur Beurteilung der Leistungspflicht, zur Rechnungsprüfung sowie zur Direktabrechnung und deren Durchsetzung gegenüber den Mitarbeitern der RKH oder einer zur Abrechnung ermächtigten Stelle von der Schweigepflicht und ermächtige sie, sich bei Bedarf mit dem Rechnungssteller zu dem vorgenannten Zweck in Verbindung zu setzen.

Einverständnis ja nein

Die Einwilligung und die erteilten Schweigepflichtentbindungserklärungen können jederzeit ganz oder teilweise gegenüber der Partnerklinik mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs findet keine Direktabrechnung. Die versicherte Person hat in diesem Falle die Leistungen als Selbstzahler zu erbringen. Die bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person



Name, Vorname des Patienten _____
 geboren am _____
 wohnhaft in _____
 (oder Patientenetikett)

Unterrichtung über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen und deren Inhalt

Die **gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen**, die von den Leitenden Ärzten persönlich oder unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt (§ 4 Abs.2 GOÄ) bzw. im unvorhergesehenen Verhinderungsfall von den Stellvertretern erbracht werden, werden vom Krankenhaus oder den Leitenden Ärzten berechnet. Die **Namen der ständigen Vertreter sind in der Anlage** zur Wahlleistungsvereinbarung gemäß § 4 Abs. 4 GOÄ aufgeführt.

Diese ärztlichen Wahlleistungen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Dies bedeutet, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses hinzukaufen. Sie sind **gesondert zu vereinbaren und vom Patienten zu bezahlen**. Vertragspartner sind nur der Patient und das Krankenhaus.

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf **alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses**, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, **einschließlich** der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten **Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses**. Dies gilt auch soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden. Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Die Gebühren während der stationären, teilstationären, vor- und nachstationären privatärztlichen Behandlung werden im Sinne des § 6a GOÄ für die angefallenen und berechtigten Leistungen der Krankenhausärzte um 25 % gemindert. Bei einer **Leistungserbringung außerhalb des Krankenhauses** wird gemäß § 6a GOÄ das Honorar um 15 % gemindert.

Im Einzelnen richtet sich die konkrete **Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

Dieses Gebührenwerk weist folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der jeweils aktuell gültige Punktwert ist nach § 5 Abs. 1 GOÄ festgelegt. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in der Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel: (* der jeweils neueste Punktwert ist aus der aktuell gültigen **GOÄ** zu entnehmen - hier: Stand **01.01.02**)

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Punktzahl x Punktwert*) = Einfachsatz
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	80 x 5,82873 Cent* = 4,66 Euro

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalls. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze bei persönlichen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 3,5-fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5-fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3-fachen des Gebührensatzes.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht abstrakt vorhersagen. Hier kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

Hinweis:

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerheblich finanzielle Belastung bedeuten. Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Chefarztsekretariate gerne zur Verfügung. Gleichzeitig haben Sie dort auch jederzeit nochmals die Gelegenheit, Einsicht in die GOÄ zu nehmen.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____ Datum _____ Unterschrift Vertreter RKH _____



Name, Vorname des Patienten _____
 geboren am _____
 wohnhaft in _____
 (oder Patientenetikett)

**Einwilligung zur Datenübermittlung
 (nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG)**

Ich habe mich mit Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung vom _____
 für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt dass das Krankenhaus die

- Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart
- Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim (Tochtergesellschaft:
 ASZ-Abrechnungs- und Service-Zentrum GmbH, Rheinstraße 77 a in 76185 Karlsruhe für Druck und
 Versand der Rechnungen)
- Unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Noswendel

mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt hat. Auf der Wahlarztliste finden Sie zu jedem liquidationsberechtigten Arzt die entsprechende Abrechnungsstelle. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie **Name – Anschrift – Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dazugehörige Diagnosen und Behandlungsunterlagen erforderlich.**

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Für die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart und die Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim gilt:

Die Forderungen aus wahlärztlicher Leistungen werden von uns an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH zum Zwecke des Forderungseinzugs abgetreten. Sie werden von diesem im eigenen Namen in Rechnung gestellt und für eigene Rechnungen eingezogen. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben bzw. sollte es hierüber zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen, ist der Abrechnungsdienstleister Ihr Ansprechpartner und Prozesspartei.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus der jeweiligen zuständigen externen Abrechnungsstelle (die entsprechende Abrechnungsstelle finden Sie auf der Wahlarztliste) diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt und im Fall der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Südwest GmbH, diesen die Forderung zum Zwecke des Forderungseinzugs abtritt.

Ich entbinde meinen Wahlarzt und die über die Wahlarztkette an der Behandlung beteiligten Ärzte sowie die Krankenhausverwaltung von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlich ist.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

 Ort und Datum

 Unterschrift des Patienten



Angabe/Mitteilung eines Pflegegrades

Für den Fall, dass bei mir ein Pflegegrad besteht, bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus diesen übermittelt.

- Ja Nein

Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Krankenhaus wichtig, um die Rechnung korrekt stellen zu können.

Datenübermittlung an mit- und weiterbehandelnde Ärzte

Im Rahmen Ihrer Behandlung bei uns kann es erforderlich sein, dass wir mit- oder weiterbehandelnde Ärzte über Ihre Behandlungsdaten und Befunde informieren. Dies geschieht im Interesse Ihrer medizinischen Versorgung und ist von der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2h) DS-GVO abgedeckt. In diesem Rahmen erhält Ihr einweisender bzw. überweisender Arzt einen Arztbrief von uns.

Zudem möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Ihrem Hausarzt bzw. dem einweisenden Facharzt Behandlungsdaten und Befunde anfordern, sofern dies zum Zweck Ihrer Behandlung bei uns erforderlich ist. Auch dies ist von der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2h) DS-GVO abgedeckt.

Sofern Sie dies nicht wünschen, besteht die Möglichkeit, dem zu widersprechen.

Einwilligung in die Datenübermittlung an den Hausarzt

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, kommt Ihrem Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V darüber hinaus eine sogenannte Lotsenfunktion zu. Als Lotse ist er zentrale Anlaufstelle des Patienten in allen Gesundheitsfragen und dokumentiert zentral Behandlungsdaten und Befunde. Die gleiche Möglichkeit haben auch Selbstzahler bzw. privat Versicherte.

Sofern Sie auch außerhalb einer Mitbehandlung möchten, dass wir Ihrem Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde im Wege eines Arztbriefes zur Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation übermitteln oder diese auf Ihren Wunsch hin an einen weiteren (Fach-)Arzt übermitteln, so können Sie uns hierzu nachfolgend Ihre Einwilligung erteilen (Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, H, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1 b SGB V) Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind:

Mein Hausarzt ist:

(Name und Anschrift)

- Ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation übermittelt werden.

- Ich möchte, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an folgenden weiteren Arzt

(Name und Anschrift)

(Name und Anschrift)

übermittelt werden.



Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligungen erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Einwilligungen oder auch einzelne Teile ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerruf findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Anlage zur Walleistungsvereinbarung

Ich stimme hinsichtlich der wahlärztlichen Leistungen einer Rechnungsbegutachtung durch die gemeinsame Gutachterstelle der Bezirkskammer in Baden-Württemberg für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten



Patienteninformation zum Entlassmanagement

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegeversicherung können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Ist dies der Fall, besteht grundsätzlich die freie Wahl unter den Leistungserbringern (z. B.: Apotheken, Orthopädiefachgeschäfte, Physiotherapeuten, etc.). Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegeversicherung unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegeversicherung der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegeversicherung sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.



Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegerversicherung dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegerversicherung kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit schriftlich widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegerversicherung, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegerversicherung und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegerkasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegerversicherung unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegerversicherung kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegerversicherung gern weitere Auskünfte.

**Entlassmanagement - Einwilligungserklärung**

Name, Vorname des Patienten _____
 geboren am _____
 wohnhaft in _____
 (oder Patientenetikett)

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

Ja Nein

Angaben zu Ziff. 2 nur erforderlich, sofern unter Ziff. 1 „Ja“ angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegeversicherung und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegeversicherung _____ die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenversicherung erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegeversicherung darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegeversicherung.

Ja Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

 Name, Vorname des Vertreters

 Anschrift des Vertreters

 Unterschrift des Vertreters



Patienten-Information Tele-Radiologie

Sollte es beim aktuellen stationären Aufenthalt medizinisch erforderlich sein, werden Bildaufnahmen (Röntgen-, CT-, MRT-, Angioaufnahmen) an andere Kliniken elektronisch zur Befundung versendet.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der Patientenaufnahme.

Patienteninformation Krebsregister

Für den Fall der Malignität (Bösartigkeit) Ihrer Erkrankung erfolgt automatisch eine Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg. Falls Sie das nicht wünschen, teilen Sie uns das bitte mit. Sie haben dann die Möglichkeit, der Weitergabe Ihrer Daten zu widersprechen.

Hierzu haben Sie ein Informationsblatt ausgehändigt bekommen.

Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff, DS-GVO

Im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die wichtigsten Informationen zusammengestellt.

Sie finden entsprechendes Informationsmaterial in allen unseren Aufnahmebereichen sowie auf unserer Homepage www.rkh-kliniken.de. Selbstverständlich können Sie ein Exemplar erhalten. Bitte sprechen Sie unsere Mitarbeiter der stationären Aufnahme an.