

Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung



Viechtach/Pflegeüberleitung

Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1 a SGB V i. V. m. Einwilligungserklärung n. Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO

Arberlandklinik Viechtach, Karl-Gareis-Str. 31, 94234 Viechtach
Pflegeüberleitung, Tel.: 09942/20-0, BSNR 756918800

**Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!
Der Inhalt dieses Formulars ist nach § 39 Abs. 1a, S. 9 SGB V bundeseinheitlich verpflichtend.**

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift (Straße, Wohnort)

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten und nutzen. 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 Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse _____ die erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) 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 Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse 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-/Pflegekasse.

Ja

Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise 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 handle als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Anlage 1b – Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V

Bearbeiter/-in	Prüfung/Freigabe	Version	Ersterstellung	Seite
LPM	LPM / QMB	25.05.2018 - 02	12.09.2017	Seite 1 von 1