

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

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 Anschlussbehandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört u. a. 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. 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 verbundenen Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse _____ die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei der Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten Daten ausschließlich zum Zwecke der Interstützung 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 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 handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Klinikum Dortmund gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

Aufsichtsratsvorsitzende Ulrike Matzanke
Geschäftsführung:
Rudolf Mintrop (Vorsitzender der Geschäftsführung)
Prof. Dr. Michael Schwarz (Medizinischer Geschäftsführer),
Ortwin Schäfer (Arbeitsdirektor)
Amtsgericht Dortmund HRB 15156
Sparkasse Dortmund (BLZ 440 501 99) 001 049 550
IBAN: DE28440501990001049550 BIC: DORTDE33XXX
www.klinikumdo.de