

Einwilligungs-Erklärung zum Entlassmanagement nach Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO¹ i. V. m § 39 Abs. 1a SGB V²

Bitte beachten Sie: *Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!*

Informationen über Sie

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

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 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

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 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 ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. Genannten

Bitte wenden!

¹ (EU) 2016/679 Datenschutz-Grundverordnung

² Fünftes Buch Sozialgesetzbuch/Gesetzliche Krankenversicherung

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.**

Würzburg,

Ort, Datum

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten³)

Unterschrift des Vertreters

³ Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende dass sie/er im Einverständnis mit dem Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.