

Einwilligung in das Entlassmanagement

Einwilligungserklärung (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 und 8, Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 39 Abs. 1a S. 11 SGB V)



Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

(Raum für Aufkleber)

| | |
|------------------------------|--|
| Aufnahmenummer des Patienten | |
| Name, Vorname des Patienten | |
| Geburtsdatum des Patienten | |
| Anschrift des Patienten | |

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 (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.

Mannheim,

Ort, Datum

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/

Gesetzlicher Vertreter / Betreuer

X _____
Unterschrift Patient/in

▶ _____

Unterschrift Vertreter/in

Diakonissenkrankenhaus Mannheim GmbH • Sitz: Mannheim • Amtsgericht Mannheim • HRB 1941 • Steuer-Nr. 38/145/0058/3
Geschäftsführung: Dr. Albert-Peter Rethmann, Matthias Warmuth, Werner Hemmes, Andreas Latz
Speyerer Straße 91 - 93 • 68163 Mannheim • Telefon 0621 8102-0 • info@diako-mannheim.de • www.diako-mannheim.de
Evangelische Bank eG • BLZ 520 604 10 • Kto.-Nr. 50 66 72 • IBAN DE95 5206 0410 0000 5066 72 • BIC GENODEF1EK1