## Einwilligung zum Entlassmanagement Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

(Einwilligungserklärung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 39 Abs. 1a S. 11 SGB V)

Name: GebDatum: Fall-Nummer:	Aufenthalt: Station / ZiNr.: Datum:				
	Zum Verbleib in der Patientenakte				
1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die d	amit verbundene Datenverarbeitung				
Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus / Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Vanschlussversorgung nach meinem Aufenthalt zu Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung die erford Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erfo Diagnose, Angaben über die erforderliche An Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnde Pflegedienste oder Physiotherapeuten.	Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das derlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. rderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die schlussversorgung und die einzubindenden n Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen,				
☐ 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 / die Rehabilitat erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wer eine gemeinsame Organisation dieser Ans Rehabilitationseinrichtung und Krankenkasse erforderl vom Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtung überm Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements hierzu informiert das Krankenhaus / die Rehabilitationsein Ja	damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement nn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung schlussversorgung durch Krankenhaus / ich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr ittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung				
Ich habe eine schriftliche Information zum Entlassmanag Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in ogenannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig gilt nur für die Zukunft. Bei einem Fallwechsel während des Aufenthaltes inne Akut oder einem Phasenwechsel bleibt meine Einv bestehen.	ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. Einwilligung, kann das dazu führen, dass geingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf rhalb der DianaKlinik von Akut in Reha, Reha in				
Bad Bevensen,					
Ort, Datum Unterschrift des Patienten					
Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzl	icher Vertreter / Betreuer				
Name, Vorname des Vertreters  Anschrift des Vertreters					
Unterschrift des Vertreters					
Freigabe: Herzbruch, Haiko - 19.08.2019 15:43:52	<b>Datum:</b> 19.08.2019				

Seite:

1 von 1

Version:

007/08.2019

## Einwilligung zum Entlassmanagement Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

(Einwilligungserklärung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 39 Abs. 1a S. 11 SGB V)

(EIIIWIIII	gungserklarung (Art. 9 Abs. 211, Abs	5. 3, ADS. 4 DS-GVO	i. v. iii. g 39	ADS. 14 3. 11 3GB V)		
Name: GebDatum: Fall-Nummer:		\$	Aufenthalt: Station / ZiNr.: Datum:			
4 Figur		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	. Detem	Zum Verbleib für Patienten		
	rilligung in das Entlassmanagement			-		
Entlassmanag Anschlussvers Krankenhaus Dazu gehört Diagnose, A Nachsorgeins Pflegedienste	llige ein, dass das o. g. Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung für mich ein management durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose ussversorgung nach meinem Aufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das nhaus / die Rehabilitationseinrichtung die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Behört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die se, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden urgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, lienste oder Physiotherapeuten.  □ Ja □ Nein					
_		_		,		
	rilligung in die Unterstützung des E gekasse und die damit verbundene		s durch aie r	Kranken-/		
erforderlichen unterstützen k eine geme Rehabilitations vom Kranken Zwecke der L	n, dass das Krankenhaus / die Reh personenbezogenen Daten übern kann. Dies kommt dann in Betrach einsame Organisation dieser seinrichtung und Krankenkasse er haus / Rehabilitationseinrichtung Unterstützung des Entlassmanagen ert das Krankenhaus / die Rehabilita	nittelt, damit diese l ht, wenn bei Notwe Anschlussversor forderlich ist. Meine übermittelten erford ments verarbeiten u	bei Bedarf dendigkeit eine gung dure e Kranken-/F derlichen Da nd nutzen. Ü	las Entlassmanagement er Anschlussversorgung ch Krankenhaus / Pflegekasse darf die ihr ten ausschließlich zum Über meine Einwilligung		
	□ Ja		□ Nein			
Meine Einwilli schriftlich/elek genannten P Anschlussmaí gilt nur für die Bei einem Fa	schriftliche Information zum Entlass igung ist freiwillig. Ich kann sie jed ktronisch widerrufen. Willige ich nich Punkte ein oder widerrufe ich ßnahmen möglicherweise nicht rech Zukunft.  Illwechsel während des Aufenthalte inem Phasenwechsel bleibt meine	derzeit ganz oder te cht in das Entlassm meine Einwilligung chtzeitig eingeleitet v es innerhalb der Dia	eilweise ohn nanagement g, kann da werden oder nnaKlinik von	und die unter 1. und 2. as dazu führen, dass beginnen. Der Widerruf n Akut in Reha, Reha in		
Bad Bevens	en,					
Ort, Datum		Unterschrift des Patienten				
Ich handele al	ls Vertreter mit Vertretungsmacht / ç	gesetzlicher Vertrete	er / Betreuer			
Name, Vorna	ame des Vertreters	Anschrift de	es Vertreters			
Unterschrift	des Vertreters					
Freigabe:	Herzbruch, Haiko - 19.08.2019 15:43:52		Datum:	19.08.2019		
Version:	007/08 2019		Seite:	1 yon 1		