

CE.*^ä!~ & Ä} e!|a* ää Ä[\ { ^} ä ä@Ä^ { Ä} ä!~}*•ää}•c

 	Doku-ID:	10497	Doku-Typ:	F
	Herausgeber/Bereich:		Verwaltung	

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:

Aufenthalt:

Geb.-Datum:

Station / Zi.-Nr.:

Fall-Nummer:

Datum:

Zum Verbleib in der Patientenakte

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Aufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung 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 / die Rehabilitationseinrichtung 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 / Rehabilitationseinrichtung und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtung übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja

Nein

Ich habe eine schriftliche Information zum Entlassmanagement erhalten.

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.

Bei einem Fallwechsel während des Aufenthaltes innerhalb der DianaKlinik von Akut in Reha, Reha in Akut oder einem Phasenwechsel bleibt meine Einwilligung / Ablehnung zum Entlassmanagement bestehen.

Bad Bevensen,

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

 Name, Vorname des Vertreters

 Anschrift des Vertreters

 Unterschrift des Vertreters

Freigabe:	Herzbruch, Haiko - 19.08.2019 15:43:52	Datum:	19.08.2019
Version:	007/08.2019	Seite:	1 von 1

CE.*^ä!~ & Á} c!|a* äæ Ä[\ { ^} á æ @ Ä ^ { Á } ä ^! ~ } * . ä ä } . c

 	Doku-ID:	10497	Doku-Typ:	F
	Herausgeber/Bereich:		Verwaltung	

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:
Geb.-Datum:
Fall-Nummer:

Aufenthalt:
Station / Zi.-Nr.:
Datum:

Zum Verbleib für Patienten

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Aufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung 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 / die Rehabilitationseinrichtung 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 / Rehabilitationseinrichtung und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtung übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus / die Rehabilitationseinrichtung meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja Nein

Ich habe eine schriftliche Information zum Entlassmanagement erhalten.
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.

Bei einem Fallwechsel während des Aufenthaltes innerhalb der DianaKlinik von Akut in Reha, Reha in Akut oder einem Phasenwechsel bleibt meine Einwilligung / Ablehnung zum Entlassmanagement bestehen.

Bad Bevensen,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Freigabe:	Herzbruch, Haiko - 19.08.2019 15:43:52	Datum:	19.08.2019
Version:	007/08.2019	Seite:	1 von 1