

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Name, Vorname:
geboren am
wohnhafte in:

A) Zwischen der BDH-Klinik Vallendar und Leistungsträgern

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der BDH-Klinik Vallendar abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, wie z.B. Leistungsträgern, übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die sich je nach Versichertenstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) und Leistungsart (z.B. Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation) unterscheiden können:

1. Name des Versicherten
2. Geburtsdatum
3. Anschrift
4. Krankenversicherungsnummer
5. Versichertenstatus
6. Tag, Uhrzeit und Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung
7. Datum und Art der jeweils in der Einrichtung durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren
8. Tag, Uhrzeit und Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen
9. Angaben über die in der jeweiligen Einrichtung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen

B) Zwischen der BDH-Klinik Vallendar, weiteren Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und dem Hausarzt (Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die BDH-Klinik Vallendar die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und die vorbehandelnden sowie weiterbehandelnden Einrichtungen zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinen Behandlern.

Ja Nein

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass die BDH-Klinik Vallendar die bei meinem Hausarzt und den vorbehandelnden Einrichtungen vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Die BDH-Klinik Vallendar wird Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein **Hausarzt** ist:

(Name und Anschrift des **Hausarztes**)

C) Innerhalb der BDH-Klinik Vallendar

Ich ermächtige die **BDH-Klinik Vallendar** auf bereits im Haus vorhandene Akten und Vorbefunde zurückzugreifen. Dies ermöglicht es der BDH-Klinik Vallendar, die für die aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus Vorbehandlungen zu erhalten.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass an der Pforte der BDH-Klinik Vallendar eine Auskunftserteilung bzgl. meines Aufenthalts in der BDH-Klinik Vallendar erfolgen kann und ein Namensschild an meiner Zimmertür angebracht wird.

Ja Nein

Diese Einwilligungserklärung gilt für die Dauer des gesamten durchgehenden Aufenthaltes in der BDH-Klinik Vallendar. Sie kann jederzeit gegenüber der BDH-Klinik Vallendar widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten/ Rehabilitanden oder Betreuers)