

Einwilligung zur Datenübermittlung per E-Mail

Rommel  **Klinik**

Orthopädie
Neurologie
Schmerztherapie
Medizinisches
Versorgungszentrum
für Neurologie und HNO

Datenübermittlung per E-Mail und per Fax nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO

Mir _____
(Name, Vorname),

geboren am _____,
(Geb.-Datum)

wohnhaft in _____
(Adresse)

ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) oder per Fax in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Rommel-Klinik GmbH hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person per E-Mail oder per Fax ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an nachbehandelnde Ärzte, Verrechnungsstellen oder andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen. Ohne mein Einverständnis müsste der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen oder gänzlich unterbleiben.

Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an pvw@rommel-klinik.de oder per Fax an 07081-171200 übermittelt werden kann.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus

Nur vom gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!



Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus

*(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO
i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)*

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],
geboren am: _____ [Geburtsdatum], wohnhaft in:
_____ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung per Fax oder per Email übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem **Hausarzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein **Hausarzt** ist:

(Name und Anschrift des **Hausarztes**)

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

**Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor- /
Weiterbehandlern**

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO)

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],
geboren am: _____ [Geburtsdatum], wohnhaft in:
_____ [Anschrift]

- bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde per Fax oder per Email an meinen
- Vorbehandler**
- Weiterbehandler**

_____ [sonstigen Behandler*] zum
Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem
- Vorbehandler**
- _____ [sonstigen Behandler*] vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein **Vorbehandler** ist: _____
(Name und Anschrift)

Mein **Weiterbehandler** ist: _____
(Name und Anschrift)

Mein _____ [sonstiger Behandler] ist: _____
(Name und Anschrift)

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Teilnahme am interdisziplinären Behandlungskonzept in der Rommelklinik auch eine interdisziplinäre Berichterstattung an meinen Einweiser bzw. Hausarzt umfasst.

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

* *Sehr geehrter Patient,*

sollten Sie gesetzlich krankenversichert sein, kann in diese Zeilen jeglicher / sonstiger Arzt eingetragen werden, außer Ihrem Hausarzt. Für den Hausarzt gibt es ein gesondertes Formular. Sollten Sie privat krankenversichert sein, können Sie hier sämtliche Ärzte einschließlich Ihres Hausarztes eintragen.

Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!



Datenübermittlung

(nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17c Abs. 5 KHG)

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],
geboren am: _____ [Geburtsdatum], wohnhaft in:
_____ [Anschrift]

mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

(Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung per Fax oder per Email übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

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

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem privaten Krankenversicherungsunternehmen und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

Datenübermittlung im Kontext des Krankenhausaufenthaltes
(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO)

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: _____ [Geburtsdatum], wohnhaft in:

_____ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass im Rahmen der interdisziplinären Behandlung alle Berufsgruppen in der Rommel Klinik Zugriff auf meine Behandlungsdaten haben, wenn es für die Weiterbehandlung notwendig ist. Ich bestätige die Kenntnisnahme, dass meine Teilnahme am interdisziplinären Behandlungskonzept in der Rommelklinik eine interdisziplinäre Berichterstattung umfasst.

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)