

Einwilligungserklärung Datenschutz (Empfang)

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. b) KDG)

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Die Einwilligung kann verweigert werden.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung der entsprechenden personenbezogenen Daten statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datenübermittlung / Dateneinsicht zwischen Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und Kinderarzt / Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt, an / von weiterbehandelnden Krankenhäuser(n) / Reha-Einrichtungen / häuslicher Krankenpflege / MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien		
A)	Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an dem von mir benannten nachbehandelnden Arzt / Kinderarzt / Hausarzt / Krankenhäuser / Reha-Einrichtungen / häusliche Krankenpflege / MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien zum Zwecke der Dokumentation Mit- und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei dem entsprechenden Arzt / Einrichtung und der weiteren Behandlung. Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes/der weiterverhandelnden Einrichtung: _____ _____	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
B)	Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die bei dem von mir benannten Kinderarzt / Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für die 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 Kinderkrankenhaus St. Marien wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. Name und Anschrift des Kinderarztes/Hausarztes : _____ _____	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein

Datenübermittlung an den Empfang	
<p>Ich willige ein, dass von den Mitarbeitern des Empfangs auf persönliche Anfrage von Dritten Auskunft über meine Anwesenheit und die Station in der Zeit meines Aufenthalts im Krankenhaus erteilt wird (beispielsweise für Besuch).</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Visite	
<p>Ich erkläre mich mit einer Visite bei der möglichen Anwesenheit anderer Patienten/Begleitpersonen im Zimmer einverstanden. Dies betrifft alle Mehrbettzimmer.</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Patientenidentifikationsarmband	
<p>Ich willige ein, das Patientenarmband (Name, Vorname, Geburtsdatum, Bereich) während des gesamten stationären Aufenthaltes zur Identifikation sichtbar zu tragen. Bei der Entlassung wird das Patientenarmband vom Handgelenkt entfernt und datenschutzgerecht entsorgt.</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Fotodokumentation	
<p>Ich erkläre mich mit einer eventuellen Fotodokumentation (z.B. von Wunden) einverstanden.</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Kontaktaufnahme	
<p>Ich willige ein, dass mich die Krankenhaus St. Marien gGmbH und deren Mitarbeiter zu Informationszwecken (z. B. Terminverschiebung, Terminerinnerung, Therapieplanung, Befundmitteilung) per Telefon (SMS) oder per Email kontaktieren.</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>E-Mail-Adresse: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Kopie dieser Einwilligungserklärung	
<p>Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärung</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

Datum

Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 Jahren)