

Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement

gem. Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V. m. §39 Abs. 1a SGB V

Patientenaufkleber

*Nur für gesetzlich versicherte
Patienten!*

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH für mein Kind ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mein Kind eine lückenlose Anschlussbehandlung nach seinem/ihrer Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus 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 den weiterbehandelnden Arzt und z.B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

ja nein *Angabe zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde.*

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagement durch die Kranken- / Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH der Kranken- / Pflegekasse meines Kindes (*bitte benennen*) _____

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 und Krankenkasse erforderlich ist. Die Kranken- / Pflegekasse meines Kindes darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus die Kranken- / Pflegekasse meines Kindes.

ja nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angaben von Gründen schriftlich / elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter Ziffer 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Anschrift:
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut
Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852-0
Fax: 0871 21230

www.kinderkrankenhaus-landshut.de
kinderkrankenhaus@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

