

Patientenetikett

Einwilligungserklärung Datenschutz (Stationärer Aufenthalt / Empfang)

(Rechtsgrundlage: § 11 Abs. 2 lit. a KDG i. V. m. § 8 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.

Befundübermittlung an Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt		
1	<p>Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die mich betreffenden <u>Behandlungsdaten und Befunde</u> an folgenden Arzt / Krankenhaus zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung <u>übermittelt</u>.</p> <p>Falls ja, bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Hinweis: Ohne Ihre Einwilligung ist die Übermittlung der behandlungsrelevanten Informationen an den vor-, mit- und nachbehandelnden Arzt nicht möglich. In diesem Falle obliegt Ihnen die Verantwortung zur Weiterleitung der Befunde.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befundanforderung beim Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt		
2	<p>Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die bei meinem Kinderarzt / Hausarzt vorliegenden <u>Behandlungsdaten und Befunde</u>, die für meine aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich sind, <u>anfordern</u> kann. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind. Falls ja, bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und ggf. ergänzen.</p> <p><input type="checkbox"/> siehe Arzt unter Nr. 1</p> <p><input type="checkbox"/> anderer/weiterer Arzt, bitte Name und Anschrift angeben:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auskunft am Empfang		
3	<p>Ich willige ein, dass von den Mitarbeitern des Empfangs der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH auf Anfrage von Dritten Auskunft über meine Anwesenheit und die Station in der Zeit meines Aufenthaltes im Krankenhaus erteilt wird.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Visite		
4	<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

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



Datenübermittlung an beauftragte Labore / Institutionen		
5	Ich willige ein, dass die im Zusammenhang mit der Diagnose und Behandlung meiner Krankheit mit Untersuchungen beauftragten Labore und Institutionen die Informationen über mich und meine Erkrankung erhalten, die nach Einschätzung der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH für die Durchführung des Untersuchungsauftrags erforderlich sind.	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Datenübermittlung und –einsicht MVZ / SPZ / Spezialambulanzen		
6	Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH mit <input type="checkbox"/> der MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH <input type="checkbox"/> den Spezialambulanzen am Kinderkrankenhaus St. Marien <input type="checkbox"/> dem SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien – sofern erforderlich – zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde übermittelt und anfordert.	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Kontaktaufnahme		
7	Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und deren Mitarbeiter zu Informationszwecken (z.B. Therapieplanung, Befundmitteilung, Schulungen etc.) <u>per E-Mail</u> kontaktieren dürfen. E-Mail-Adresse: _____	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Terminerinnerung		
8	Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und deren Mitarbeiter zur Terminerinnerung /-verschiebung <u>per E-Mail</u> kontaktieren dürfen. E-Mail-Adresse: _____ <input type="checkbox"/> siehe oben	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Bei Neugeborenen/Frühgeborenen		
9	Ich bin damit einverstanden, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH mit der von mir benannten Geburtsklinik/Gynäkologischen Praxis wechselseitig zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung korrespondiert, d.h. Behandlungsdaten und Befunde übermittelt und ggf. anfordert, sofern dies für meine Krankenhausbehandlung sowie Weiterbehandlung bzw. die meines Kindes erforderlich ist. Die Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben zu erhalten. Die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. Geburtsklinik: _____ Gynäkologische Praxis: _____ _____	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Fotodokumentation		
10	Ich erkläre mich mit einer eventuellen Fotodokumentation (z. B. von Wunden) einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
Kopie dieser Einwilligungserklärung		
11	Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (ab 16 Jahren) oder gesetzlicher Vertreter