

**Einwilligung des Patienten/Betreuers
zur Datenübermittlung über den Krankenhausaufenthalt
und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Patient: _____

Geb.-Dat.: _____

Krankenversicherung oder ggf.

Berufsgenossenschaft: _____

Aktenzeichen oder

Krankenversicherungsnummer: _____

Hiermit willige ich ein, dass das Krankenhaus bzw. dessen Mitarbeiter auf Anforderung meiner Krankenversicherung oder der zuständigen Berufsgenossenschaft (nur zutreffend bei Arbeits- oder Wegeunfall) dieser oder dem von ihr beauftragten beratenden Arzt die angeforderten Behandlungsunterlagen, wie z.B. den Arztbericht und Angaben zur Krankheitsdiagnose, zum Therapieverlauf, zur Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie zu den weiteren vorgesehenen Maßnahmen übermittelt.

Insoweit entbinde ich die behandelnden Ärzte und die an der Behandlung beteiligten anderen Berufsgruppen teilweise von ihrer Schweigepflicht. Eine datenschutzkonforme Übertragung der Daten ist vorgesehen. Fax- oder Emailübermittlungen sollen vermieden werden oder ausschließlich in begründeten Ausnahmefällen erfolgen.

Über die Bedeutung der Einwilligung zur Datenübermittlung und zur Schweigepflichtentbindungserklärung wurde ich heute aufgeklärt.

HINWEIS: Diese Erklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

_____, den _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten oder seines Betreuers)

(Unterschrift des Mitarbeiters des
Krankenhauses)

Behandlungsvertrag über vollstationäre Krankenhausleistungen**zwischen**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname des Patienten Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum und Geburtsort des Patienten Familienstand

Anschrift

Betreuer / Angehörige: Name, Anschrift und Telefon-Nummer

Krankenkasse, ggf. private Versicherung, ggf. Zusatzversicherung und/oder ggf. Beihilfe

Die Angaben zur Rentenversicherung sind nur bei noch nicht berenteten Patienten nötig:

Rentenversicherung: **BUND** [] oder **LAND** []

Renten-Vers.-Nr.: _____

und

ASKLEPIOS Schlossberg Klinik Bad König, Frankfurter Str. 33, 64732 Bad König
(GKB Klinikbetriebe GmbH als Träger des Krankenhauses)

über die vollstationäre Behandlung zu den nachfolgend genannten Bedingungen.

§ 1 Krankenhausleistungen

(1) Die vom Krankenhaus angebotenen vollstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgem. Krankenhausleistungen (§ 2 KHEntgG) und die Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG).

(2) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind

- a. die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.
- b. Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
- c. die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
- d. Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
- e. Dolmetscherkosten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Betreuer

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

(Falls weitere Betreuer und/oder Verhinderungsbetreuer bestellt wurden)

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Anlagen - Empfangsbekanntnis (bitte ankreuzen)

Ich habe jeweils eine Ausfertigung/Kopie

- des Behandlungsvertrages
- Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber Kostenträger
- Merkblatt Zuzahlung (zum Verbleib bei Ihren Unterlagen bestimmt)
- Abfrage Zuzahlung
- Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen
- Datenschutzinformation Art. 13 DSGVO (zum Verbleib bei Ihren Unterlagen bestimmt)
- Information zum QM-Verfahren (zum Verbleib bei Ihren Unterlagen bestimmt)
- Information zum Entlassmanagement
- Information zur Funktionsübertragung

erhalten.

Datum

Unterschrift Patient/Betreuer

Bitte Patientennamen, Vorname, Geburtsdatum angeben:

Krankenhauszuzahlung

Zuzahlungsverpflichtung nur für gesetzlich Versicherte

Nach den gesetzlichen Vorschriften haben Versicherte gemäß § 39 Abs. 4 SGB V für jeden **Kalendertag** im Krankenhaus **10 Euro** an das Krankenhaus zu zahlen (innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage). Zuzahlungen die bereits während des Jahres für vorausgehende stationäre Behandlungen an ein Krankenhaus, an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI sowie im Rahmen von stationären Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 6 S. 1 SGB V an die Krankenkassen geleistet wurden, werden auf die für ihren jetzigen Krankenhausaufenthalt zu leistende Zuzahlung angerechnet. Die **Zuzahlungspflicht besteht nicht:**

- bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- bei ambulanter, vor- und nach- und teilstationärer Behandlung im Krankenhaus,
- bei berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung,
- bei Krankenhausbehandlung wegen anerkannter Schädigungsfolge nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- bei Krankenhausaufenthalten zur Entbindung
- bei Befreiungen von der Zuzahlungspflicht.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10,00 € für Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Nach Abschluss der Behandlung erhalte ich eine entsprechende Rechnung.

Ich erkläre hiermit, dass ich in diesem Jahr bereits stationäre Krankenhausbehandlungen / Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen und eine Zuzahlung in Höhe von

..... € geleistet habe.

Ich erkläre hiermit, dass ich von der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V befreit bin.

Bad König, den _____

Unterschrift des Patienten oder Betreuers

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen

Hinweise zur Datenverarbeitung:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden personenbezogene Daten und besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie insbesondere Gesundheitsdaten verarbeitet und können im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen gesetzlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger oder weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte) übermittelt werden. Soweit eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht durch Vertrag oder Gesetz gedeckt ist, können Sie entscheiden, wie wir damit umgehen sollen. Im Folgenden möchten wir Sie darüber aufklären bzw. Ihre Einwilligung einholen.

Datenübermittlung zwischen Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt, Krankenhaus und/oder überweisenden Arzt

- Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meinen unten genannten Hausarzt** oder **weiterbehandelnden Arzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt.

Ja Nein

Mein Hausarzt oder weiterbehandelnder Arzt ist:

(Name und Anschrift des Hausarztes oder des weiterbehandelnden Arztes)

Gesund werden. Gesund leben. www.asklepios.com

GKB Klinikbetriebe GmbH

Sitz der Gesellschaft: Königstein/Ts. • Registergericht: Amtsgericht Königstein/Ts. HR 3726

Geschäftsführung: Ulrich Schultz, Stefan Bartmer-Freund, Matthias Bergmann, Norbert Schneider

Bankverbindung: Commerzbank • Swic-Bic: DRESDE FF XXX • IBAN: DE86 500 80000 0098242802 • Ust-IdNr.: DE 812105708

- Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Asklepios Schlossberg Klinik Bad König die beim **unten genannten Hausarzt oder überweisenden Arzt oder vorbehandelndem Krankenhaus vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern** kann, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes bzw. überweisenden Arztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein Hausarzt oder überweisender Arzt oder überweisende Klinik ist:

(Name und Anschrift des Hausarztes, ggf. überweisenden Arztes oder überweisender Klinik)

Vorbehandlungsdaten

Der Zugriff auf **Vorbehandlungsdaten** wird von unseren Ärzten und Pflegekräften, welche in Ihre Behandlung eingebunden sind, nur insoweit vorgenommen, wie es für die Behandlung erforderlich ist.

Sollten Sie einen Zugriff auf Vorbehandlungsdaten nicht wünschen, so teilen Sie uns Ihren Widerspruch bitte mit. Ein Widerspruch mit Wirkung für die Zukunft ist jederzeit möglich.

Auskunft an Angehörige und Dritte

Ich entscheide selbst, ob und inwieweit die Asklepios Klinik während meines Aufenthaltes Auskünfte über mich erteilen darf.

Die Asklepios Schlossberg Klinik Bad König kann meine Daten an Dritte übermitteln zur Unterrichtung von Angehörigen, soweit ich nicht meinen gegenteiligen Willen kundgetan habe und diese Erklärung nicht unbeachtlich ist oder objektive Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Übermittlung nicht in meinem mutmaßlichen Interesse liegt

Einschaltung von externen Dienstleistungsunternehmen

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren im Rahmen einer Funktionsübertragung zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der im Aufklärungsblatt näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten. Im beigefügten Aufklärungsblatt können Sie weitere allgemeine Informationen nachlesen. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Nach Erledigung der Aufgabe in den Unternehmen werden die Daten – soweit möglich – gelöscht bzw. vernichtet, wovon wir uns regelmäßig überzeugen. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht entsprechend der Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die Asklepios Schlossberg Klinik Bad König im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen, z. B. an Labore, Orthopäden o. ä. übermittelt. Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Hinweis:

Haben Sie Bedenken gegen diese Übermittlung, sprechen Sie uns an. Wenn Sie gegenüber einzelnen unserer Dienstleister konkrete Bedenken haben, werden wir (soweit möglich) Ihre Wünsche entsprechend berücksichtigen. Sollten Sie nicht einwilligen, könnte dies Ihre Behandlung beeinträchtigen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie im Aufklärungsblatt oder von unserem Personal.

Ort/Datum

Unterschrift Patient (bitte zusätzlich Patientename in Blockschrift)

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer:

Name/Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Gesund werden. Gesund leben. www.asklepios.com

GKB Klinikbetriebe GmbH

Sitz der Gesellschaft: Königstein/Ts. • Registergericht: Amtsgericht Königstein/Ts. HR 3726

Geschäftsführung: Ulrich Schultz, Stefan Bartmer-Freund, Matthias Bergmann, Norbert Schneider

Bankverbindung: Commerzbank, BLZ 50080000, Kto.-Nr. 98242802 • Swic-Bic: DRESDEFFXXX, IBAN: DE86 50080000 0098242802

Ust-IdNr.: DE 236792342