

**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 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 des Patienten

\_\_\_\_\_  
Betreuer / Angehörige: Name, Anschrift und Telefon-Nummer

\_\_\_\_\_  
Private Krankenversicherung, ggf. Zusatzversicherung, ggf. Beihilfe, ggf. Versicherungs-Nr., ggf. Az.  
oder zuständige Berufsgenossenschaft bei Arbeits-/Wegeunfällen mit Az.

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

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

Renten-Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

**und ASKLEPIOS 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 allgemeinen 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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

(Falls weitere Betreuer und/oder Verhinderungsbetreuer bestellt wurden)

**Ich handle 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

- Behandlungsvertrag
- Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber Kostenträger
- Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen
- Datenschutzinformation Art. 13 DSGVO (zum Verbleib bei Ihren Unterlagen bestimmt)
- Information zum Entlassmanagement
- Information zur Funktionsübertragung
- Direktabrechnung und Datenübermittlung an private KV

erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Betreuer

## 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 die Asklepios Klinik Bad König 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 weiterbehandelnder Arztes)

*Gesund werden. Gesund leben. [www.asklepios.com](http://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. 98242809 • Swic-Bic: DRESDEFFXXX, IBAN: DE86 50080000 0098242809

Ust-IdNr.: DE 236792342

- Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Asklepios 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, überweisender Arzt, überweisende Klinik ist:

---

---

(Name, Anschrift des Hausarztes und/oder überweisenden Arztes,

bzw. vorbehandelnder 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 Bad König während meines Aufenthaltes Auskünfte über mich erteilen darf.

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

### Übermittlung von Gesundheitsdaten an Angehörige

Meine Gesundheitsdaten dürfen von der Asklepios Klinik Bad König – und zwar nur durch den Arzt – nur an die von mir hier aufgeführten Angehörigen/Personen übermittelt werden.

Name, Kontaktdaten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Krankenhausseelsorge

Der Krankenhausseelsorge darf meine Konfession, mein Name, die Station auf der ich behandelt werde und die Zimmernummer mitgeteilt werden.

Ja Konfession: \_\_\_\_\_

Nein

### Widerrufsbelehrung

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die erteilten Einwilligungen einzeln oder insgesamt jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf hat gegenüber der Asklepios Klinik Bad König, Frankfurter Straße 33, 64732 Bad König zu erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

**HINWEIS:** -Original zum Verbleib in der Krankenakte

-Kopie an Patienten/Betreuer

## Einschaltung von externen Dienstleistungsunternehmen

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren im Rahmen einer Funktionübertragung 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 beigegeführten 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 Klinik 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 des/der Patienten/in

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

---

Name/Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

---

Unterschrift des Vertreters

**Gesund werden. Gesund leben. [www.asklepios.com](http://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. 98242809 • Swic-Bic: DRESDEFFXXX, IBAN: DE86 50080000 0098242809

Ust-IdNr.: DE 236792342

**Übermittlung von Patientendaten an die private Krankenversicherung nach § 17c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (nicht zutreffend für Berufsgenossenschaft-Patienten)**

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen der Asklepios Klinik Bad König und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch. Ich bin damit einverstanden, dass die Asklepios Klinik Bad König meiner privaten Krankenversicherung (bitte ergänzen)

---

Name der privaten Krankenversicherung, ggf. Anschrift

meine notwendigen persönlichen Daten und Gesundheitsdaten, wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) und dazugehörige Diagnosen zum Zweck der Abrechnung der auf Grundlage dieses Behandlungsvertrages durchgeführten Behandlung übermittelt.

Ja

Nein

---

Datum

Unterschrift des Patienten, Betreuers bzw. des Vertreters

Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Asklepios Klinik Bad König, Frankfurter Str. 33, 64732 Bad König widerrufen. Ich bin dann als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistung verpflichtet. INFO: Die Asklepios Klinik Bad König kann in diesem Fall auf eine Vorauszahlung bestehen.

**INFO:**                   **-Original-Formular für Patientenakte**

**-Kopie für Patient und/oder Vertreter/Betreuer**