

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für das Beschwerdeverfahren

Sie als Patient oder ein Angehöriger haben eine Beschwerde an unsere Klinik gerichtet. Um diese bearbeiten zu können, benötigen wir die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung des Patienten (bitte ankreuzen und unterzeichnen).

Grundsätzlich erfassen wir alle Beschwerden und werten diese aus, beispielsweise hinsichtlich der Anzahl oder der Gründe. Die Auswertung analysieren wir regelmäßig und leiten wichtige Erkenntnisse für unsere künftige Arbeit ab. So werden beispielsweise Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt. Häufige Beschwerdegründe bilden den Anlass, bestimmte Themen im Rahmen von Schulungen intensiv zu bearbeiten.

Der Beschwerdebeauftragte wird zur Bearbeitung der Beschwerde alle erforderlichen Informationen einholen, hierzu kann es auch erforderlich sein, Gesundheitsdaten zu erfragen oder einzusehen.

Einwilligung

Ich willige ein, dass der Beschwerdebeauftragte zur Bearbeitung der Beschwerde alle erforderlichen Informationen einholen kann, hierzu kann es auch erforderlich sein, Gesundheitsdaten einzusehen.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung

Beschwerden von Angehörigen oder sonstigen Bekannten des Patienten können nur beantwortet werden, wenn die Einwilligung bzw. Schweigepflichtentbindung des Versicherten/Patienten vorliegt.

Ich bin damit einverstanden, dass Herr/Frau

_____ Name, Vorname (Beschwerdeführer)

_____ Anschrift

umfänglich Auskunft zu meinem Gesundheitszustand und allen sonstigen bei der Klinik gespeicherten Daten erhält.

Widerrufsbelehrung

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die erteilte Einwilligung und/oder die Schweigepflichtentbindung einzeln oder insgesamt jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung oder Schweigepflichtentbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf hat gegenüber der Asklepios Klinik Weißenfels, Naumburger Str. 76, 06667 Weißenfels, Abt. Qualitätsmanagement (weissenfels@asklepios.com) zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Patienten