

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die o. g. Klinik für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Klinikaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf die Fachklinik Sankt Lukas die erforderlichen personenbezogenen Daten (erheben) 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 meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

Ja

Nein

Angaben zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde:

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

Ich willige ein, dass die Fachklinik St. Lukas meiner Kranken-/Pflegekasse _____ 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 Fachklinik Sankt Lukas und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr von der Fachklinik Sankt Lukas übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert die Fachklinik Sankt Lukas meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja

Nein

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

Ich habe die ausführliche Patienteninformation zum Entlassmanagement erhalten, diese gelesen und die Inhalte verstanden. Im Falle von offenen Fragen wende ich mich direkt an die Mitarbeiter der Fachklinik Sankt Lukas.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters