Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

HERZZENTRUM
LEIPZIG

Herzzentrum Leipzig – Einwilligungserklärung zum Entlassungsmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V
(Anlage 1b Rahmenvertrag Entlassungsmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V)

Name, Vorname _____

des Patienten:

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. **Einwilligung in das Entlassungsmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)**

Ich willige ein, dass das o.g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose Anschlussbehandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen Daten an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

☐ ja ☐ nein

2. **Einwilligung in die Unterstützung des Entlassungsmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)**

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse_____ die erforderlichen Daten (z.B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

HERZZENTRUM
LEIPZIG

Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

☐ ja ☐ nein

Ich kann die Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter Punkt 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient _____

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

Name, Vorname des Vertreters_____

Anschrift des Vertreters_____

Ort, Datum _____

Unterschrift Vertreter_____