



Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

entsprechend gesetzlicher Vorschriften müssen wir Sie bitten, das folgende Formular bezüglich des sogenannten Entlassmanagements sorgfältig zu lesen und auszufüllen. Für Fragen stehen wir selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

1. Einwilligung in das Entlassmanagement 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

Falls Sie dem Entlassmanagement zugestimmt haben: Liegt bei Ihnen eine Zuzahlungsbefreiung für die Rezeptgebühr vor? Ja (bitte Befreiungsausweis vorlegen!) Nein

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements 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 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 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 des Patienten

Bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung:

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters