



# Katholische Kliniken im Märkischen Kreis gem. GmbH

- |                                   |             |                |
|-----------------------------------|-------------|----------------|
| □ St. Elisabeth Hospital Iserlohn | Hochstr. 63 | 58638 Iserlohn |
| □ St. Vincenz Krankenhaus Menden  | Am Stein 24 | 58706 Menden   |

## Hinweis auf Datenverarbeitung und Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Ich erkläre mich mit einer zentralen elektronischen Datenverarbeitung für alle Einrichtungen der Katholischen Kliniken im Märkischen Kreis und der Verarbeitung oder sonstigen Nutzung meiner personenbezogenen Daten\* auch durch ein Team von Spezialisten (Ärzte, Sozialarbeiter u.s.w.) einverstanden, soweit dieses zur Durchführung des Vertrages einschließlich der Nachbehandlung oder zur Erfüllung von gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungs- und Mitteilungspflichten erforderlich ist sowie die Weitergabe von Daten an Sozialämter zur Sicherung und Durchsetzung von Vergütungsansprüchen. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dem Ziel einer Verbesserung des Behandlungsprozesses in Zusammenarbeit mit medizinischen Zentren (z.B. Darmzentrum) und Tumorkonferenzen an medizinisches und therapeutisches Fachpersonal übermittelt, sofern ich zum entsprechenden Patientenklintel gehöre.

Werde ich später in einer anderen Fachabteilung des Krankenhauses oder einer anderen Einrichtung der Katholischen Kliniken im Märkischen Kreis behandelt, so bin ich mit einer Weitergabe meiner Behandlungsdaten an die mich dann betreuenden Personen einverstanden.

ja  nein

Mit der Archivierung der Krankenunterlagen, der Erfassung auf digitalen Speichermedien (einschließlich med. Fotodokumentation) und der EDV-Wartung/ Fernwartung auch durch externe Unternehmen, die sich dem Datenschutz verpflichtet haben, bin ich einverstanden; ebenso mit einer anonymisierten Aktenauswertung für statistische Zwecke.

Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V muss der Krankenhausträger jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Hausarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen Hausarzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche und widerrufbare Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. Die folgenden Angaben und Erklärungen durch den Patienten sind freiwillig.

Mein Hausarzt/ weiterbehandelnder Arzt: .....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/ Befunde durch das Krankenhaus an o.g. Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.

ja  nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass - ggf. auch elektronisch - bei o.g. Hausarzt/ weiterbehandelndem Arzt vorliegende Behandlungsdaten/ Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!

ja  nein

**Mit der Einbeziehung der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), die mir ausgehändigt wurden, bin ich einverstanden.**

.....  
(Unterschrift des Patienten, seines gesetzlichen Vertreters oder des Beauftragten)

*\*(In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V: Name d. Patienten; Geburtsdatum; Anschrift; Versichertenstatus; Tag, Uhrzeit u. Grund der Aufnahme; Einweisungsdiagnose; Aufnahmediagnose; bei Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen; voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die med. Begründung; Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonst. Prozeduren; Tag, Uhrzeit, Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Haupt- und Nebendiagnosen; Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Reha-Maßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen).*

## Empfangsbescheinigung

Ich habe jeweils eine Ausfertigung von folgenden Formularen erhalten:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Behandlungsvertrag  | <input type="checkbox"/> Wahlleistungsvereinbarung                                     |
| <input type="checkbox"/> Hinweis auf die Datenverarbeitung   | <input type="checkbox"/> Auflistung liquidationsberechtigter Ärzte und ihrer Vertreter |
| <input type="checkbox"/> DRG-Entgelttarif gem. § 8 KHEentgG  | <input type="checkbox"/> Information vor Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen        |
| <input type="checkbox"/> Informationsblatt für stationäre Patienten inkl. Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) |  |

.....  
(Datum und Unterschrift Patient / Vertreter)