

Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und Hausärztinnen bzw. Hausärzten / sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlerinnen bzw. -behandlern sowie sonstigen Institutionen

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), 9 Abs. 2 a) DS-GVO / §§ 6 Abs. 1 b), 11 Abs. 2 a) KDG)

Name: _____ [Vorname, Name der Patientin bzw. des Patienten],

geboren am: _____ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: _____ [Anschrift]

(alternativ Patientenaufkleber)

1. Datenübermittlung des Krankenhauses an Hausärzte und sonstige Behandler:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meine **Hausärztin** bzw. meinen **Hausarzt / sonstige Vor-/Nach-/Weiterbehandlerinnen bzw. -behandler sowie Tochtergesellschaften** zum Zwecke der Dokumentation und/oder Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meiner Hausärztin bzw. meinem Hausarzt / den sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlerinnen bzw. -behandlern übernommen wird.

Es können mehrere Ärztinnen und Ärzte angegeben werden:

(Name und Anschrift der Ärztin bzw. des Arztes, der Ärztinnen bzw. Ärzte, sofern bekannt)

(Name und Anschrift der Ärztin bzw. des Arztes, der Ärztinnen bzw. Ärzte, sofern bekannt)

Ja Nein

2. Anforderung von Behandlungsunterlagen von Hausärztinnen bzw. Hausärzten und sonstigen Behandlerinnen bzw. Behandlern:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meiner **Hausärztin** bzw. meinem **Hausarzt / sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlerinnen bzw. -behandlern sowie Tochtergesellschaften** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus jenen Daten und Befunden zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten und Befunde jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

(Name und Anschrift der Ärztin bzw. des Arztes, der Ärztinnen bzw. Ärzte, sofern bekannt)

Ja Nein

3. Einwilligung in Videosprechstunden/Videovisiten/Tumorkonferenzen/Telekonsilien:

Ich bin einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten zum Zweck der Befundung und Dokumentation in Videosprechstunden/Videovisiten/Tumorkonferenzen/Telekonsilien erfolgen. Die Verarbeitung der Daten in der interdisziplinären Tumorkonferenz der jeweiligen Tumorzentren dient zur Abstimmung der für meine Erkrankung leitliniengerechten Therapie. Bei den Telekonsilien tauschen sich Ärztinnen und Ärzte - bei Bedarf auch externe und interdisziplinär - digital über patientenbezogene und medizinische

Fragestellungen aus, damit eine zeitnahe und optimale Behandlungsstrategie für die Patientinnen und Patienten aufgestellt werden kann.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an Videosprechstunden oder auch Videovisiten sowie die Durchführung von Telekonsilien freiwillig und die Nutzung für mich unentgeltlich ist. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung ausreichend. Durch meine Unterschrift erkläre ich die vorstehende Einwilligung als erteilt und bestätige die Kenntnisnahme über die Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde/Videovisite/Tumorkonferenzen/Telekonsilien.

Ja [] **Nein** []

4. Datenübermittlung an die Krankenhaus-Seelsorge:

Ich bin damit einverstanden, dass der Krankenhaus-Seelsorgerin bzw. dem Krankenhaus-Seelsorger die Daten über meine Konfession, Namen, Anschrift und Stationszimmer für eine mögliche Seelsorgetätigkeit mitgeteilt werden dürfen.

Ja [] **Nein** []

Datenübermittlung des Krankenhauses an das Zentrale Krebsregister NRW:

Ich bin informiert worden, dass im Fall einer Krebserkrankung das Krankenhaus seiner gesetzlichen Meldepflicht nach dem Landeskrebsregistergesetz (LKRGG) NRW nachkommen muss und die entsprechenden meldepflichtigen Daten an das Zentrale Krebsregister NRW übermittelt.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre obigen Einwilligungen ohne Angabe von Gründen zu **widerrufen**. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und den o.g. Behandlerinnen und Behandlern oder Einrichtungen statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Diese Unterschrift bezieht sich auf die oben genannten Einwilligungen und Informationen:

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten/ der bzw. die Erziehungsberechtigte/ der Vertreterin bzw. des Vertreters)

Nur für den Standort St. Vinzenz-Hospital Rhede

Mit der Überprüfung der vereinbarten und besprochenen Maßnahmen zur Weiterbehandlung bzw. Weiterbetreuung, 48 Stunden nach hiesiger Entlassung, bin ich einverstanden. Hierfür dürfen die Mitarbeitenden des Krankenhauses (Therapeutin bzw. Therapeut, Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter oder Pflegekräfte) mit der Weiterbehandlerin bzw. dem Weiterbehandler sowie ggf. mit dem ambulanten oder stationären Hilfesystem Kontakt aufnehmen und gegebenenfalls die erforderlichen Patientendaten weitergeben.

Ja [] **Nein** []

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten/ der bzw. die Erziehungsberechtigte/ der Vertreterin bzw. des Vertreters)