RKH Gesundheit

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

(oder Patientenetikett)

Unterrichtung über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen und deren Inhalt

Die **gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen,** die von den Leitenden Ärzten persönlich oder unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt (§ 4 Abs.2 GOÄ) bzw. im unvorhergesehenen Verhinderungsfall von den Stellvertretern erbracht werden, werden vom Krankenhaus oder den Leitenden Ärzten berechnet. Die **Namen der ständigen Vertreter sind in der Anlage** zur Wahlleistungsvereinbarung gemäß § 4 Abs. 4 GOÄ aufgeführt.

Diese ärztlichen Wahlleistungen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Dies bedeutet, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses hinzukaufen. Sie sind **gesondert zu vereinbaren und vom Patienten zu bezahlen**. Vertragspartner sind nur der Patient und das Krankenhaus.

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf **alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses,** soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, **einschließlich** der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten **Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.** Dies gilt auch soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden. Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Die Gebühren während der stationären, teilstationären, vor- und nachstationären privatärztlichen Behandlung werden im Sinne des § 6a GOÄ für die angefallenen und berechtigten Leistungen der Krankenhausärzte um 25 % gemindert. Bei einer **Leistungserbringung außerhalb des Krankenhauses** wird gemäß § 6a GOÄ das Honorar um 15 % gemindert.

Im Einzelnen richtet sich die konkrete **Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**

Dieses Gebührenwerk weist folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der jeweils aktuell gültige Punktwert ist nach § 5 Abs. 1 GOÄ festgelegt. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in der Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel: (* der jeweils neueste Punktwert ist aus der aktuell gültigen **GOÄ** zu entnehmen - hier: Stand **01.01.02**)

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Punktzahl x Punktwert*) = **Einfachsatz**
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	80 x 5,82873 Cent* = 4,66 Euro

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalls. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze bei persönlichen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 3,5-fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5-fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3-fachen des Gebührensatzes.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht abstrakt vorhersagen. Hier kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

Hinweis:
Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerheblich finanzielle Belastung bedeuten. Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Chefarztsekretariate gerne zur Verfügung. Gleichzeitig haben Sie dort auch jederzeit nochmals die Gelegenheit, Einsicht in die GOÄ zu nehmen.

Datum	Unterschrift des Patienten	Datum	Unterschrift Vertreter RKH

X6553 12/2024

RKH Gesundheit

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

(oder Patientenetikett)

Einwilligung zur Datenübermittlung
(nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG)

Ich habe mich mit Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung vom _____
für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt dass das Krankenhaus die

_ Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart
_ Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnungen durch die PVS SSC - Shared Service Center - GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen

mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt hat. Auf der Wahlarztliste finden Sie zu jedem liquidationsberechtigten Arzt die entsprechende Abrechnungsstelle. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie **Name – Anschrift – Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dazugehörige Diagnosen und Behandlungsunterlagen erforderlich**.

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Für die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart und die Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim gilt:
Die Forderungen aus wahlärztlicher Leistungen werden von uns an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH zum Zwecke des Forderungseinzugs abgetreten. Sie werden von diesem im eigenen Namen in Rechnung gestellt und für eigene Rechnungen eingezogen. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben bzw. sollte es hierüber zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen, ist der Abrechnungsdienstleister Ihr Ansprechpartner und Prozesspartei.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus der jeweiligen zuständigen externen Abrechnungsstelle (die entsprechende Abrechnungsstelle finden Sie auf der Wahlarztliste) diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt und im Fall der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Südwest GmbH, diesen die Forderung zum Zwecke des Forderungseinzugs abtritt.

Ich entbinde meinen Wahlarzt und die über die Wahlarztkette an der Behandlung beteiligten Ärzte sowie die Krankenhausverwaltung von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlich ist.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus 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.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift des Patienten

X6553 12/2024

RKH Gesundheit

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

(oder Patientenetikett)

Einwilligung in Datenübermittlung zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Krankenhäusern (Direktabrechnung und Mitteilung eines Pflegegrades)
(Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 c Abs. 5 KHG, § 301 Abs. 2 SGB V)

Direktabrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung

Ich mache von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung Gebrauch. Dies bedeutet nur, dass nicht ich die Rechnung bekomme, sondern diese direkt an meine private Krankenversicherung übermittelt wird. **(Wahlärztliche Leistungen sind davon ausgeschlossen).**

☐ Ja ☐ Nein

_____

Name des privaten Krankenversicherungsunternehmens, Anschrift

(Beihilfebegünstigte Patienten können wir diese Möglichkeit derzeit leider noch nicht anbieten).

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:
1. Name des Patienten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Versichertenstatus,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen,die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, aufVerlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.
9. Rehabilitationseinrichtungen

Angabe/Mitteilung eines Pflegegrades

Für den Fall, dass bei mir ein Pflegegrad besteht, bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus diesen übermittelt.

☐ Ja ☐ Nein

Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Krankenhaus wichtig, um die Rechnung korrekt stellen zu können.

X6553 12/2024

RKH Gesundheit

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

(oder Patientenetikett)

Datenübermittlung an und von mit- und weiterbehandelnde(n) Ärzte(n)/Kliniken

Wir möchten Sie darüber informieren, dass der Arzt, der Sie im Anschluss an Ihre Behandlung bei uns weiterbehandelt, die hierfür erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde von uns in Form eines sog. „Arztbriefs“ erhält. Dies geschieht im Interesse Ihrer medizinischen Versorgung und ist von der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2h) DS-GVO (bzw. § 46 Abs. 1 Nr. 3b LKHG) und § 5 des Landesvertrages nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V abgedeckt. Sollten Sie uns mitteilen, dass Sie dies nicht wünschen, oder falls uns kein weiterbehandelnder Arzt bekannt ist, wird der Arztbrief Ihnen persönlich mitgegeben oder an Sie versendet.

Zudem fordern wir bei Ihrem vorbehandelnden Arzt (Facharzt/Hausarzt) bzw. Ihrer vorbehandelnden Klinik Behandlungsdaten und Befunde an, sofern dies zum Zweck Ihrer Behandlung bei uns erforderlich ist. Auch dies ist von der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2h) DS-GVO und § 3 des Landesvertrages nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V abgedeckt.

Einwilligung in die Datenübermittlung an den Hausarzt

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, kommt Ihrem Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V darüber hinaus eine sogenannte Lotsenfunktion zu. Als Lotse ist er zentrale Anlaufstelle des Patienten in allen Gesundheitsfragen und dokumentiert zentral Behandlungsdaten und Befunde. Die gleiche Möglichkeit haben auch Selbstzahler bzw. privat Versicherte.

Sofern Sie möchten, dass Ihr Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde unabhängig davon erhält, ob er Sie im Anschluss weiterbehandelt oder wir diese auf Ihren Wunsch an einen weiteren (Fach-)Arzt oder eine weitere Klinik übermitteln sollen, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung.

Mein **Hausarzt** ist: _____
(Name und Anschrift)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde (Arztbrief) an meinen **Hausarzt** zum Zwecke der Dokumentation übermittelt werden

☐ Ich möchte, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde (Arztbrief) an folgenden weiteren Arzt/Kliniken

- ☐ _____
  (Name und Anschrift)
- ☐ _____
  (Name und Anschrift)

übermittelt werden.

X6553 12/2024

RKH Gesundheit

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

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

_____ _____

Ort und Datum | Unterschrift des Patienten/des Vertreters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

_____ _____

Name, Vorname des Vertreters | Anschrift des Vertreters

_____

Unterschrift des Vertreters

Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung

Ich stimme hinsichtlich der wahlärztlichen Leistungen einer Rechnungsbegutachtung durch die gemeinsame Gutachterstelle der Bezirkskammer in Baden-Württemberg für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu.

_____ _____

Ort und Datum | Unterschrift des Patienten/des Vertreters

RKH Gesundheit

Patienteninformation zum Entlassmanagement

Worum geht es beim Entlassmanagement?
Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegeversicherung können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Ist dies der Fall, besteht grundsätzlich die freie Wahl unter den Leistungserbringern (z. B.: Apotheken, Orthopädiefachgeschäfte, Physiotherapeuten, etc.). Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegeversicherung unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?
Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegeversicherung der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegeversicherung sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses
Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?
Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegeversicherung dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?
Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit schriftlich widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegeversicherung, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegeversicherung und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegeversicherung unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegeversicherung gern weitere Auskünfte.

X6553 12/2024

RKH Gesundheit

Entlassmanagement - Einwilligungserklärung

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

(oder Patientenetikett)

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorge-institutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

☐ Ja ☐ Nein

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

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

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegeversicherung _____ 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 Krankenhaus und Krankenversicherung erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegeversicherung 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-/Pflegeversicherung.

☐ 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.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

_____ _____

Name, Vorname des Vertreters Anschrift des Vertreters

_____

Unterschrift des Vertreters

Patienten-Information Tele-Radiologie

Sollte es beim aktuellen stationären Aufenthalt medizinisch erforderlich sein, werden Bildaufnahmen (Röntgen-, CT-, MRT-, Angioaufnahmen) an andere Kliniken elektronisch zur Befundung versendet.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der Patientenaufnahme.

Patienteninformation Krebsregister

Für den Fall der Malignität (Bösartigkeit) Ihrer Erkrankung erfolgt automatisch eine Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg. Falls Sie das nicht wünschen, teilen Sie uns das bitte mit. Sie haben dann die Möglichkeit, der Weitergabe Ihrer Daten zu widersprechen.

Hierzu haben Sie ein Informationsblatt ausgehändigt bekommen.

Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff, DS-GVO

Im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die wichtigsten Informationen zusammengestellt.

Sie finden entsprechendes Informationsmaterial in allen unseren Aufnahmenbereichen sowie auf unserer Homepage www.rkh-gesundheit.de. Selbstverständlich können Sie ein Exemplar erhalten. Bitte sprechen Sie unsere Mitarbeiter der stationären Aufnahme an.

Gesetzliche Qualitätssicherung

Die bundesweite Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hat das Ziel, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland sowie die Patientensicherheit zu erhalten und zu verbessern. Alle Krankenhäuser in Deutschland sind gesetzlich zur Teilnahme an diesen Maßnahmen zur Qualitätssicherung verpflichtet.

Hierzu werden seit einigen Jahren in Krankenhäusern für verschiedene Qualitätssicherungsverfahren ausgewählte Daten zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erhoben, an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dessen Qualitätsinstitut übermittelt und statistisch ausgewertet.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage der Vorgaben des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Für die Qualitätssicherung von bestimmten, durch den Gesetzgeber definierten Eingriffen werden zu mehreren Zeitpunkten Daten zu Ihrer Behandlung erhoben, zusammengeführt und ausgewertet. Hierbei werden strengste Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen beachtet und die Daten nur verschlüsselt an die jeweilige
Annahmestelle übermittelt. Diese gewährleisten, dass Ihre Daten so verwendet werden, dass keine Rückschlüsse auf Sie persönlich als Patientin/Patient gezogen werden können.
Weitere Informationen erhalten Sie unter www.g-ba.de.

Die zu den verschiedenen Verfahren ausführlich veröffentlichten Informationsblätter finden sie auch auf unserer Internetseite unter
https://www.rkh-gesundheit.de/aufenthalt/aufnahme-entlassmanagement/stationaere-patientenaufnahme
Gerne händigen wir Ihnen diese auf Wunsch auch aus.