Barcode-Patientenetikett oder Name, Vorname, Adresse Patient/Patientin :
_____
_____
_____

Klinikverbund Südwest

Einwilligungen zur Datenverarbeitung ambulant

Stabsstelle Datenschutz - Stand 09/2023 - amb. scannen und in KG archivieren oder zum Scannen an Archiv + ein Exemplar für Patient

Zum Klinkverbund Südwest (KVSW) gehören mehrere Kliniken und Medizinsche Versorgungzentren (MVZ) sowie Servicegesellschaften. Diese sind in vielen Bereichen arbeitsteilig und auf verschiedene Behandlungsmethoden spezialisiert bzw. übernehmen verbundweit Leistungen (z.B. Essenausgabe und Leistungsabrechnung). Zur umfassenden und optimalen Behandlung unserer Patienten ist es erforderlich, dass, soweit es für die Betreuung, Behandlung und Verwaltung erfoderlich ist, diese untereinander Daten austauschen bzw. gemeinsam nutzen. Informationen zum Verbund finden Sie auch unter: https://www.klinikverbund-suedwest.de/impressum/.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein/bestätige ich,:

	JA	NEIN
dass das KVSW meine Befunde/Behandlungsdaten an meinen Haus- oder Facharzt übermittelt. Alternativ werden die Behandlungsdaten und Befunde nur mir bzw. gesetzlichen Vertretern ausgehändigt. Name/Ort des/r Arztes/Ärzte _____ _____	☐	☐
dass das KVSW bzw. das beteiligte medizinische Personal bei anderen Gesundheitseinrichtungen (z.B. andere Krankenhäuser, Arztpraxen) im **für meine medizinische Versorgung erforderlichen Umfang** auf meine Daten (z.B. vorhandene Bilder, Befunde, sonstige medizinische Dokumente) aus der dort gespeicherten Patientenakte Zugriff nehmen darf.	☐	☐
dass ich die Vorteile einer übergreifenden, vom KVSW bereitgestellten persönlichen elektronischen Krankenakte nutzen möchte. Auf die **jeweils erforderlichen Behandlungsdaten** (aktuelle und aus vorangegangenen Behandlungen vorhandene) können die Mitarbeiter/Unternehmesteile der KVSW, mich behandelnde Partner des KVSW sowie Dienstleister und andere Gesundheitseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten etc.) zugreifen bzw. werden ihnen diese Daten vom KVSW übermittelt.	☐	☐

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit teilweise oder als Ganzes gegenüber dem KVSW widerrufen. Der Widerruf gilt ab dem schriftlichen Eingang. Bitte beachten Sie unsere weiterführende **Patienteninformation zur Datenverarbeitung** im Aushang, zur Einsicht an der Pforte und auf unserer Internetseite.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten oder Vertreters

Name und Anschrift des Vertreters, wenn der Patient nicht selbst unterschreibt:

Kontaktdaten Klinikverbund Südwest - Leistungsabrechnung Calwer Straße 68, 71034 Böblingen, Tel. 07031 98 13081;
Mail: Patientenmanagement@klinikverbund-suedwest.de, Internetauftritt: www.klinikverbund-suedwest.de