

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

**Information und Einwilligungen zur
Datenverarbeitung
- ambulante Patienten -**

Information über erforderliche Datenverarbeitung

Zum Klinikverbund Südwest (KVSWS) gehören mehrere Kliniken, selbständige Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Servicegesellschaften. Diese sind in vielen Bereichen arbeitsteilig und auf verschiedene Behandlungsmethoden spezialisiert bzw. übernehmen verbundweit Leistungen (z.B. Radiologie, Patientenaufnahme, Essenausgabe und Leistungsabrechnung). Zur umfassenden und optimalen Behandlung unserer Patienten ist es notwendig, dass, **soweit es für die Betreuung, Behandlung und Verwaltung erforderlich** ist, die Mitarbeiter der verschiedenen Bereiche des KVSWS die Patientendaten austauschen bzw. gemeinsam nutzen. Die Daten müssen dazu in unserem internen Krankenhausinformationssystem (KIS) gespeichert werden. Das an der Behandlung beteiligte medizinische Personal bei anderen Gesundheitseinrichtungen (z.B. andere Krankenhäuser, Arztpraxen, Physiotherapeuten, REHA-Kliniken) sowie gesetzlich vorgegebene Empfänger (z.B. Rentenversicherungen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) erhalten im **erforderlichen Umfang** auf die im KVSWS-internen KIS gespeicherten Daten Zugriff (z.B. vorhandene Bilder, Befunde, sonstige medizinische Dokumente). Rechtsgrundlage ist die Datenschutzgrundverordnung: Art. 6 Abs. 1 lit. b (notwendig zur Erfüllung des Behandlungsvertrags) sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h (Verarbeitung zum Zwecke der Gesundheitsvorsorge, medizinische Diagnostik) sowie das aktuelle Landeskrankenhausgesetz (Abschnitt 7).

Mehr Informationen zum Verbund finden Sie auch unter: <https://www.klinikverbund-suedwest.de/impressum/>.

Für die folgenden Datenverarbeitungen ist Ihre Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO erforderlich.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein,

	JA	NEIN									
dass der KVSWS bzw. die behandelnden Ärzte, Therapeuten und Behandler Auskunft über meine Krankheit/meinen Behandlungsverlauf und das Pflegepersonal Auskunft über pflegerische Maßnahmen an folgende Personen geben dürfen (bitte bei Minderjährigen hier auch die Elternteile, welche die Auskunft erhalten sollen, eintragen) und entbinde sie von der Schweigepflicht. Bei einer telefonischen Anfrage muss die jeweilige aktuelle Fallnummer zusätzlich angegeben werden.	☐	☐									
<table border="1"><thead><tr><th>Name, Vorname</th><th>(Verwandschafts-)verhältnis</th><th>Kontaktdaten (mind. Telefonnummer, ggf. Adresse)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Name, Vorname	(Verwandschafts-)verhältnis	Kontaktdaten (mind. Telefonnummer, ggf. Adresse)								
Name, Vorname	(Verwandschafts-)verhältnis	Kontaktdaten (mind. Telefonnummer, ggf. Adresse)									
dass der KVSWS 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 _____ _____	☐	☐									

Die Einwilligungserklärungen kann ich jederzeit teilweise oder als Ganzes gegenüber dem KVSWS 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: