

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



**Klinikverbund
Südwest**

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

Information über erforderliche Datenverarbeitung

Zum Klinikverbund Südwest (KVSU) 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 KVSU 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-Klinken) sowie gesetzlich vorgegebene Empfänger (z.B. Rentenversicherungen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) erhalten im **erforderlichen Umfang** auf die im KVSU-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 Landeskrankenhausesgesetz (Abschnitt 7).

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

Für die folgenden Verarbeitungen 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 KVSU 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 KVSU 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 mein Aufenthaltsort (Station/Ambulanz/MVZ, Zimmernummer und Durchwahl) im KVSU an Dritte (Familienangehörige, Freunde, Bekannte usw.) mitgeteilt werden kann (Auskunft durch den Pförtner/Empfang)	☐	☐									
Für privat (zusatz-)versicherte Patienten: Ich willige ein, dass das Krankenhaus eine direkte Abrechnung mit meinem privaten Krankenversicherungsunternehmen durchführt und dazu die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt. Bitte beachten Sie, dass die wahlärztliche Wahlleistung immer nur direkt mit Ihnen selbst abgerechnet werden kann. Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens _____	☐	☐									

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