

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

Einwilligungen zur Datenverarbeitung

Zum Klinikverbund Südwest (KVSU) gehören mehrere Kliniken und Medizinische Versorgungszentren (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 erforderlich ist, diese untereinander Daten austauschen bzw. gemeinsam nutzen. Informationen zum Verbund finden Sie auch unter: <https://www.klinikverbund-suedwest.de/impresum/>.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein/bestätige ich,:

			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.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	(Verwandschafts-)verhältnis	Kontaktdaten (mind. Telefonnummer, ggf. Adresse)		
dass mein Aufenthaltsort (Station/Ambulanz/MVZ, Zimmernummer und Durchwahl) im KVSU an Dritte (Familienangehörige, Freunde, Bekannte usw.) mitgeteilt werden kann (Auskunft durch den Pfortner/Empfang)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass das KVSU meine Befunde/Behandlungsdaten an meinen Haus- oder Facharzt übermittelt. Alternativ werden die Behandlungsdaten und Befunde nur mir bzw. gesetzlichen Vertretern ausgehändigt.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name/Ort des/r Arztes/Ärzte _____				
für privat (zusatz-)versicherte Patienten bei stationärer Behandlung: 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 chefärztliche Wahlleistung immer nur direkt mit Ihnen selbst abgerechnet werden kann.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens _____				
dass das KVSU 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.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass ich die Vorteile einer übergreifenden, vom KVSU bereitgestellten persönlichen elektronischen Krankenakte nutzen möchte. Auf die jeweils erforderlichen Behandlungsdaten (aktuelle und aus vorangegangenen Behandlungen vorhandene) können die Mitarbeiter/Unternehmenseile der KVSU, mich behandelnde Partner des KVSU sowie Dienstleister und andere Gesundheitseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten etc.) zugreifen bzw. werden ihnen diese Daten vom KVSU übermittelt.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Einwilligungserklärung 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: