

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

Einwilligungen zur Datenverarbeitung

1. Auskunft an Angehörige oder sonstige von Ihnen benannte Personen zur Behandlung

Ich willige ein, dass die behandelnden Ärzte Auskunft über meine Krankheit / meinen Behandlungsverlauf und die Pflege 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:

Sollen medizinische Daten an Angehörige oder nahestehende Personen telefonisch weitergegeben werden, gleichen wir den Auskunftsberechtigten sowie die Telefonnummer mit den unten angegebenen Daten ab und der Anrufer muss sich mit einem Kennwort – Ihrer internen Fallnummer – bei uns identifizieren.

Name, Vorname	(Verwandschafts-)verhältnis	Kontakt - Telefonnummer	PLZ, Ort, Straße und Hausnr.

2. Auskunft durch die Pforte zum Aufenthalt im Krankenhaus

Ich bin einverstanden, dass mein Aufenthalt im Krankenhaus, meine Zimmernummer und meine Durchwahl auf Station auf Anfrage an der Pforte bekannt gegeben werden. JA NEIN

3. Zugriff auf Behandlungsdaten vorausgegangener Behandlungen

Hiermit willige ich ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte auf Behandlungsdaten und Befunde zugreifen dürfen, die im Rahmen vorausgegangener Behandlungen von anderen Leistungserbringern und/oder den Häusern des Klinikverbundes Südwest (Böblingen, Calw, Herrenberg, Leonberg, Nagold und/oder Sindelfingen) erfasst wurden, soweit diese für meine aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich sind. JA NEIN

4. Anforderung von Behandlungsdaten

Ich bin einverstanden, dass das Krankenhaus bzw. der behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt, überweisenden Arzt, behandelnden Facharzt oder Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) meine Behandlungsdaten und Befunde, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie angefordert wurden. JA NEIN

5. Übermittlung von Behandlungsdaten

Ich bin einverstanden, dass das Krankenhaus bzw. der behandelnde Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der zentralen Dokumentation und Weiterbehandlung, sowie an meinen Fach- bzw. überweisenden Arzt oder ein MVZ zur Weiterbehandlung übermittelt: JA NEIN

Name und Ort des Hausarztes

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. JA NEIN

Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit teilweise oder als Ganzes gegenüber dem Krankenhaus bzw. dem behandelnden Arzt widerrufen. Der Widerruf gilt ab dem schriftlichen Eingang.

Bitte beachten Sie unsere **Patienteninformation zur Datenverarbeitung** im Aushang, zur Einsicht an der Pforte und auf unserer Internetseite.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Vertreters

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