



Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH

Ein Unternehmen der Kliniken Frankfurt-Main-Taunus

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Patienten-Aufkleber

Vor- und Zuname des Patienten

Geburtsdatum

Wohnhaft in

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen (z.B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

Ja Nein

Angaben zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse _____ die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich / elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH

- Krankenhaus Hofheim
Lindenstraße 10 · 65719 Hofheim am Taunus
- Krankenhaus Bad Soden
Kronberger Straße 36 · 65812 Bad Soden am Taunus

Geschäftsführung

Martin Menger (Vors.)
Stefan Schad
Aufsichtsratsvorsitzender
Harald Schmidt

Amtsgericht:

Frankfurt am Main · HRB 40398
Sitz: Hofheim am Taunus
Instituts-Kennzeichen: 260 611 383

Taunus Sparkasse

IBAN: DE06 5125 0000 0000 0260 26
BIC: HELADEF1TSK

www.kliniken-mtk.de

