Herzlich willkommen!

MARTHA
MARIA

Unternehmen
Menschlichkeit

Wahlleistung

Version: Empfang

Stand: 01. Januar 2024

Haben Sie Fragen zur administrativen Patientenaufnahme?

Wir helfen gerne! Schreiben Sie uns. Gerne rufen wir auch zurück.

aufnahmeformulare.nuernberg@martha-maria.de

Bitte beachten Sie, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihre personenbezogenen Daten (sowie Gesundheitsdaten) nicht unverschlüsselt per E-Mail an uns übermittelt werden dürfen. Bitte nutzen Sie dazu die unten genannte Cloud oder unsere Faxnummer

Möchten Sie die Wartezeit am Aufnahmetag verkürzen?

Dann senden Sie uns bitte die ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeformulare vorab zu:

1. per Upload in unsere Cloud als PDF-Datei (andere Dateiformate werden nicht berücksichtigt):

   https://cloud.martha-maria.de/index.php/s/patientenaufnahme

2. per Fax:

   0911-959-1066

3. oder per Post:

   Krankenhaus Martha-Maria
   Administrative Patientenaufnahme
   Stadenstraße 58
   90491 Nürnberg

Bitte senden Sie

⇨ keine medizinischen Unterlagen vorab an uns (Aufklärungsbögen, Befunde etc)
⇨ die Aufnahmeformulare rechtzeitig an uns (diese müssen mindestens 3 Werktage vor der Aufnahme bei uns eingehen)
⇨ bitte die Unterschriften nicht vergessen

Digitale Aufnahmeformulare (PDF-Datei)

Die Aufnahmeformulare als PDF-Datei können gerne von unserer Homepage heruntergeladen werden:

https://kh-nuernberg.martha-maria.de/de/patienten-angehoerige/vor-dem-aufenthalt/anmeldung-und-aufnahme

Behandlungsvertrag
Martha-Maria Krankenhaus gGmbH

Barcode-Etikett

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

mit

_____ _____
Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum

über **vollstationäre/teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung** zu den in den AVB des Krankenhauses vom 01.07.2011 niedergelegten Bedingungen.

Hinweise:

1) Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist die Patientin/der Patient als Selbstzahler/in zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet (§ 9 Abs. 1 AVB)
2) Sofern keine Kostenübernahmeerklärung einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder diese nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist die Patientin/der Patient ganz bzw. teilweise als Schuldner/in zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
3) Hinweis für Patienten/Patientinnen, die belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen:

   Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen der Belegärztin/des Belegarztes; zu diesen gehören ihre/seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihr/ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärztinnen/Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie die Belegärztin/der Belegarzt tätig werden, und die von ihr/ihm veranlassten Leistungen von Ärztinnen/Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärztinnen/Belegärzten. Die Belegärztin/der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärztinnen/Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen ihre Leistungen gesondert.

Ich erkläre hiermit, dass für die entstehenden Kosten die folgende Krankenkasse/Versicherung in Anspruch genommen werden soll:

Gesetzliche Krankenkasse: _____ Vers.Nr. _____

Private Krankenversicherung: _____ Vers.Nr. _____

Bezug von Beihilfe ☐ ja ☐ nein

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10,00 € für Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Soweit ich zur Leistung der Zuzahlung verpflichtet bin, werde ich diese nach Rechnungserhalt begleichen.

Ich hatte die Möglichkeit, von den AVB und der Hausordnung Kenntnis zu nehmen, und bin damit einverstanden (Die AVB und die Hausordnung sind im Empfangsbereich, in der Patientenaufnahme, in der Notaufnahme und auf den Stationen einzusehen).

_____ _____ _____
Ort, Datum Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r Krankenhausmitarbeiter/in

Ich handele als Vertreter/in mit Vertretungsmacht: _____
Vertreter/in

Wahlleistungsvereinbarung
Martha-Maria Krankenhaus gGmbH
Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg

Barcode-Etikett

VON DER ADMINISTRATIVEN PATIENTENAUFNAHME HINZUZUFÜGEN

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

Patienteninformation – Hinweise zu den Wahlleistungen:

Wichtige Informationen **vor** der Vereinbarung von Wahlleistungen und Wahlarztleistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür schreiben § 22 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. § 17 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vor, dass jeder Patient vor Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten ist.

Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

Das Gesetz unterscheidet zwischen **allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen**.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sofern Sie gesetzlich krankenversichert sind, entstehen Ihnen für die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen außer den gesetzlichen Zuzahlungen keine gesonderten Kosten.

Wahlleistungen, auch wahlärztliche Leistungen, gehen über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinaus. Sie sind gesondert zu vereinbaren und vom Patienten selbst zu bezahlen. Bei fehlendem Versicherungsschutz kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie deshalb bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe etc. die entstehenden Kosten deckt.

Für sogenannte **wahlärztliche Leistungen** bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses hinzukaufen.

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen" kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sachlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil. Jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit. Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort oder vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird.

In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte – auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden – nicht mit dem Krankenhaus, sondern mit dem Belegarzt zu treffen.

600/610 WL-Aufnahmeformulare

(1) Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen die weibliche Person ein.

Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte/Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Diese Gebührenwerke weisen folgende Systematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 5,82873 Cent.

Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Faktor	Preis, gerundet
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	1,0	4,66 €

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung und die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem 3,5fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8, für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3. Daneben werden die Gebühren gemäß § 6a GOÄ um 25% bzw. 15% gemindert.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Ärztliche Leitungen und Stellvertretungen:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter	Liquidations-recht	Rechnungserstellung durch
Medizinische Klinik I / Kardiologie	CA PD Dr. Falk-Karsten Pohle	OA Dr. Majdi Amami	Krankenhaus	Krankenhaus
Medizinische Klinik I / Elektrophysiologie	CA PD Dr. Falk-Karsten Pohle	OA Timur Mamedov	Krankenhaus	Krankenhaus
Medizinische Klinik II	CA Prof. Dr. Dieter Schwab	OA Dr. Patrick Michaeli	Krankenhaus	Krankenhaus
Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie	CÄin Dr. Beatrix Cucuruz	OA Dr. Robert Finichi	Krankenhaus	Krankenhaus
Chirurgische Klinik/Allgemein- und Visceralchirurgie	CA Prof. Dr. Stephan Coerper	OA Dr. Johannes Lenz	Krankenhaus	Krankenhaus
Chirurgische Klinik/Proktologie	CA Prof. Dr. Stephan Coerper	OA Dr. Manfred Strauß	Krankenhaus	Krankenhaus
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie/Bereich Orthopädie	CA Prof. Dr. Hans-Dieter Carl	OA Dr. Torsten Freiheit	Krankenhaus	Krankenhaus
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie/Bereich Unfallchirurgie	CA Prof. Dr. Hans-Dieter Carl	OA Dr. Torsten Freiheit	Krankenhaus	Krankenhaus
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie/Abteilung Wirbelsäulenchirurgie I	Ltd. Arzt PD Dr. Bertram Böhm	PD Dr. Jürgen Kreutzer	Krankenhaus	Krankenhaus
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie/Abteilung Wirbelsäulenchirurgie II	Ltd. Arzt PD Dr. Jürgen Kreutzer	PD Dr. Bertram Böhm	Krankenhaus	Krankenhaus
Klinik für Urologie	CA Prof. Dr. Georgios Hatzichristodoulou	OA MUDr. (Univ. Prag) Jan Deutsch	Krankenhaus	Krankenhaus
Klinik für Anästhesiologie	CA Dr. Dirk Hatterscheid	OA Dr. Andreas Schipp	Krankenhaus	Krankenhaus
Institut für Radiologie	CA Prof. Dr. Wolfgang Wüst	OA Dr. Artur Osten	Krankenhaus	Krankenhaus
Geriatrische Rehabilitation	OÄin Dr. Katrin Klein	FOÄ Dr. Tanja Bruntner	Krankenhaus	Krankenhaus
Physikalische Therapie			Krankenhaus	Krankenhaus
Immunhämatologisches Labor	Ärztlicher Leiter OA Dr. Klaus Schwendner		Krankenhaus	Krankenhaus
Psychosomatische Tagesklinik	CA Dr. Albert Summ	OA Dr. Thomas Lanz	Krankenhaus	Krankenhaus

Im Bereich der Pathologie besteht eine Zusammenarbeit mit dem Institut für Pathologie des Klinikums Fürth.

(1) Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen die weibliche Person ein.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) oder von einem nichtärztlichen Behandler unter Aufsicht nach fachlicher Weisung des Wahlarztes erbracht.

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden.

Übersicht Wahlleistung Unterkunft 1-/2-Bettzimmerzuschläge:

Die Wahlleistung **Unterkunft in einem 1-Bett- oder 2-Bettzimmer** bedeutet, dass Sie eine Unterbringung mit höherem Komfort als die Regelleistung wählen und dafür einen Zuschlag pro Aufenthaltstag bezahlen.

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

1-Bett-Zimmer	Zuschlag je Berechnungstag:	130,08 €
2-Bett-Zimmer	Zuschlag je Berechnungstag:	81,77 €
Unterbringung und Verpflegung einer **Begleitperson** <u>ohne</u> **medizinischer Begründung**:		45,00 €
Unterbringung und Verpflegung **nach erfolgter ambulanter Behandlung**:		60,00 €

Die Wahlleistung Unterkunft kann auch <u>alleinig</u>, ohne einer ärztlichen Wahlleistung in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit der ärztlichen Wahlleistung bei Regelunterkunft.

Eine Garantie auf Erhalt eines 1-Bett- oder 2-Bettzimmers kann nicht gegeben werden.

Die Komfort-Wahlleistungen „Verpflegung" können nur dann vollumfänglich in Anspruch genommen werden, wenn Ihr gesundheitlicher Zustand und ihre Kostform (je nach Behandlung) dies zulassen und seitens des behandelnden Arztes keine Einwände bestehen. Eine Rechnungsminderung für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen Verpflegung ist nicht möglich.

Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der einzelnen Chefarztsekretariate sowie der Administrativen Patientenaufnahme unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung (Telefon: 0911-959-1064, -1062, -1069, -9, E-Mail: patientenaufnahme.nuernberg@martha-maria.de). Dort können Sie auch Einsicht in die GOÄ nehmen.

Nürnberg, den _____
Datum

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten)	Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters[1]	Unterschrift des Vertreters Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht

(1) Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen die weibliche Person ein.

Wahlleistungsvereinbarung
Martha-Maria Krankenhaus gGmbH
Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg

Adress-Etikett

VON DER ADMINISTRATIVEN PATIENTENAUFNAHME HINZUZUFÜGEN

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

Patient:

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____

Zwischen der Martha-Maria Krankenhaus gGmbH, Krankenhaus Martha-Maria **Nürnberg** und dem/der oben genannten Patienten/Begleitperson[1] wird zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und dem Krankenhausentgelttarif der jeweils gültigen Fassung des Krankenhauses Martha-Maria **Nürnberg** genannten Bedingungen über die Gewährung der nachstehend angekreuzten gesondert berechenbaren Wahlleistungen für die Zeit ab dem

_____(Datum)

folgende Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen: (Bitte kreuzen Sie die gewünschte(n) Wahlleistung(en) an.)

☐ **Wahlarztleistung / Behandlung durch Chefarzt bzw. liquidationsberechtigte Ärztinnen/Ärzte[1]**

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden vom Wahlarzt der Fachabteilung persönlich oder – soweit es sich nicht um sogenannte Haupt- oder Kernleistungen handelt – unter der Aufsicht des leitenden Arztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter erbracht (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ).
Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen" kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 22 Abs. 1 BPflV; § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG). Eine Vereinbarungen über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich die von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch dann, wenn das Krankenhaus selbst das Liquidationsrecht ausführt.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ/GOZ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Die GOÄ/GOZ kann auf Wunsch vor Abschluss der Vereinbarung eingesehen werden.

☐ Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** **Zuschlag je Berechnungstag: 130,08 €**
Sollte dies nicht möglich sein, bin ich mit der Unterbringung im 2-Bettzimmer zu den bekannten Bedingungen einverstanden. ODER:

☐ Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer** **Zuschlag je Berechnungstag: 81,77 €**

☐ Unterbringung und Verpflegung einer **Begleitperson**
ohne medizinische Begründung **Zuschlag je Berechnungstag: 45,00 €**

☐ Unterbringung und Verpflegung
nach erfolgter ambulanter Behandlung **Zuschlag je Berechnungstag: 60,00 €**

(1) Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen die weibliche Person ein.

Die Wahlleistungsvereinbarung gilt nur im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag. Die im Behandlungsvertrag enthaltenen Hinweise und Erklärungen bzgl. Datenschutz gelten auch für diese Wahlleistung.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung oder Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden.

Einer Behandlung durch andere Ärzte, wenn weder der Wahlarzt noch der ständige ärztliche Vertreter zur Verfügung stehen sollten, stimmt der Unterzeichner des Vertrages ebenfalls zu, zahlt jedoch nicht die wahlärztliche Vergütung.

Sofern nicht anders vereinbart, gilt diese Wahlleistungsvereinbarung für die gesamte Dauer des stationären Aufenthaltes des o.g. Patienten. Die Vereinbarung kann von beiden Teilen an jedem Tag zum Ende des folgenden Werktages gekündigt werden. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

Zusatzerklärungen des Patienten:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen bin ich als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Ungeachtet einer Übernahme oder Zuzahlung Dritter (z.B. Zusatzversicherung/Beihilfe o.ä.) verpflichte ich mich, die Kosten für die Wahlleistung(en) in voller Höhe zu tragen. Soweit die entstehenden Kosten nicht oder nur teilweise von einem Dritten erstattet werden, bzw. kein Nachweis über eine solche Versicherung gebracht werden kann, leiste ich vor Behandlungsbeginn eine entsprechende Vorauszahlung. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Unterlassung einer fälligen Vorauszahlung nur die Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen erfolgen kann.
Im Falle einer nicht fristgerechten Zahlung müssen die für die Beitreibung des geschuldeten Rechnungsbetrages erforderlichen Daten an ein Rechtsanwaltbüro / Inkassounternehmen weitergeleitet werden.

Vereinbarungsbestandteil sind die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), der DRG-Entgelttarif und ergänzend die Bestimmungen des Behandlungsvertrages.

Nürnberg, den _____
Datum

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten)	Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters[1]	Unterschrift des Vertreters Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht

(1) Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen die weibliche Person ein.

Einverständniserklärung zur Privatliquidation bei Wahlarztleistungen:

Verrechnungsstelle für Ärzte PAS Dr. Hammerl GmbH & Co KG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können. Wir bitten Sie daher, die Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG
Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
Telefon 09081 2926-0 / Telefax 09081 2926-59 / info@pas-hammerl.de

Informationen für Patienten seitens der PAS Dr. Hammerl GmbH & Co KG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns ausgesprochen wichtig. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten wir verarbeiten, steht Ihnen jederzeit unser Datenschutzbeauftragter zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG
Datenschutzbeauftragter
Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen

Telefon 09081 2926-0 / datenschutz@pas-hammerl.de

Beim Versand der Rechnung sowie eventueller Folgekorrespondenz bedienen wir uns eines Druckdienstleisters als Auftragsverarbeiter. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter datenschutz.pas.de.

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach. Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

Ihre PAS Dr. Hammerl

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann.

Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist. Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Weiterhin bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Nürnberg, den _____
Datum

_____	_____	_____
Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten)	Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters[1]	Unterschrift des Vertreters Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht

(1) Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen die weibliche Person ein.

Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH

Ich erteile mein Einverständnis, dass die Abrechnung der Leistungen der Pathologie des Klinikums Fürth durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH (Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg) erfolgt. Die Verrechnungsstelle erhält die zur Abrechnung erforderlichen persönlichen und medizinischen Daten, die dort ausschließlich zu diesem Zwecke verwendet werden. Für die im Rahmen der Datenübermittlung notwendigen Maßnahmen entbinde ich die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht. Selbstverständlich unterliegen die an die Verrechnungsstelle übermittelten Patienten- und Sozialdaten der Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Mit der Unterschrift erkläre ich als Patient bzw. als Hauptversicherter mein Einverständnis zur Rechnungsstellung und Weiterleitung der hierfür notwendigen personenbezogenen Patientendaten an diese Verrechnungsstellen. Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Nürnberg, den _____
Datum

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten)	Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters[1]	Unterschrift des Vertreters Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht

Martha-Maria Krankenhaus
gemeinnützige GmbH
Stadenstraße 60
90941 Nürnberg

Geschäftsführung:
Markus Füssel, Harald Niebler
Aufsichtsratsvorsitzender:
Direktor Dr. Hans-Martin Niethammer
Registergericht: Amtsgericht
Nürnberg, HRB 2288
USt-IdNr. DE133547720

Sparkasse Nürnberg
IBAN: DE73 7605 0101 0011 7770 42
BIC: SSKNDE77XXX
www.Martha-Maria.de

(1) Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen die weibliche Person ein.

Aufnahmeformular
Martha-Maria Krankenhaus gGmbH

Adress-Etikett

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

Patientendaten

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN

Name, Vorname _____ Geb.-Name _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort _____ Konfession _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort) _____

_____ Nationalität _____

Telefon (privat) _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Nächste/r Angehörige/r

Name, Vorname _____ Telefon (privat) _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort) _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Hausarzt-/ärztin

Name,Vorname, Adresse (Straße, PLZ, Ort) _____

_____

Einweisende/r Arzt/Ärztin

Name,Vorname, Adresse _____

_____

Bei Schilddrüsen-/Darmerkrankung: Radiologe (Nuklearmedizin) oder Gastroenterologe:

Name,Vorname, Adresse _____

_____

Verlegung von

Name des Krankenhauses, Ort _____

Die elektronische Gesundheitskarte wurde vorgelegt, die Identität des/der Patient/in stimmt überein.

Datum _____ Name des/der Mitarbeiter/in _____

Einwilligungserklärung / Informationen
Martha-Maria Krankenhaus gGmbH

Adress-Etikett

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

Patienteninformation zur Datenerhebung und –übermittlung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, Verrechnungsstellen bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Logopädie), externe Kooperationspartner (z.B. externes Labor, externe Pathologie) sowie Rehabilitationseinrichtungen, Tumorzentren und das Krebsregister des jeweiligen Bundeslandes übermittelt werden.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten:

- Name der/des Versicherten - Geburtsdatum - Anschrift
- Krankenversicherungsnummer - Versichertenstatus
- Den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
- Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
- Den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
- Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie die Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Patienteninformation zur Qualitätssicherung

Ich nehme das Merkblatt zur Datenerhebung "Qualitätssicherung im Krankenhaus" zur Kenntnis. Es befindet sich in der Patientenmappe.

Die folgenden E I N W I L L I G U N G S E R K L Ä R U N G E N

(gem. §§ 11,12,13 DSO-EmK) sind freiwillig und können jederzeit ohne Angabe von Gründen, ab dem Zeitpunkt des Widerspruchs mit Wirkung in die Zukunft, widerrufen werden. Ihr Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt.

Auskunft über den Krankenhausaufenthalt

Ich bin damit einverstanden, dass mündlich oder telefonisch anfragenden Dritten (allen Anfragenden z.B. Angehörige, Bekannte, Kollegen, etc.) der Ort meines Aufenthaltes im Krankenhaus (z. B. Station, Zimmer-Nr., ggf. Telefon-Nr.) mitgeteilt werden darf.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Bitte wenden!

Einwilligungserklärung / Informationen
Martha-Maria Krankenhaus gGmbH

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

Schweigepflicht gegenüber Angehörigen

Ich bin damit einverstanden, dass Angehörige Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhalten.

☐ **Ja** Deshalb entbinde ich alle an der Behandlung beteiligten Angestellten des Krankenhauses gegenüber nachfolgenden Personen von der Schweigepflicht: (bitte den/die vollständigen Namen eintragen)

_____

☐ **Nein**

Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt sowie Krankenhaus und vorbehandelnden Fachärzten und/oder Kliniken

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde gemäß § 73 Abs. 1b SGB V an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt sowie bei vorbehandelnden Fachärzten und/oder Kliniken vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind. Diese Anforderung ermöglicht es der Klinik die für die aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Die Klinik wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung gem. § 17 c Abs. 5 KHG

Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

_____

(Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V (z.B., Name, Geb.-Dat., Anschrift, Versichertenstatus, Tag, Uhrzeit, Grund d. Aufnahme, Einw.-Aufnahmediagnose, durchgeführte Operationen, Prozeduren, Tag. d. Entlassung, usw.)

☐ **Ja** ☐ **Nein** (Falls keine Abrechnung mit Ihrer Versicherung erfolgen soll, ist eine Vorauszahlung erforderlich.)

Ich bin damit einverstanden, dass mir nach Beendigung meines Krankenhausaufenthaltes Angebote und Informationen von Martha-Maria zugesandt werden. ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Ich bin damit einverstanden, dass ich bzgl. einer Patientenbefragung angeschrieben werde. ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in oder Sorgeberechtigte/r: _____

Ich handle als Vertreter/in mit Vertretungsmacht _____

Vertreter/in

Patienteninformation zum Entlassmanagement

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z.B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z.B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/ Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Entlassmanagement durch „Beauftragte" außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche

Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.

- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

_____

Name, Vorname des Vertreters Anschrift des Vertreters

_____

Unterschrift des Vertreters

Adress-Etikett

MARTHA MARIA
Unternehmen Menschlichkeit

Einwilligung zum Entlassmanagement

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

1. **Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung**

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 Daten (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