

# Herzlich willkommen!



MARTHA  
MARIA

Unternehmen  
Menschlichkeit

## Regelleistung

Version: Empfang

Stand: 01. April 2024

## 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>



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





## Patientendaten

BITTE IN DRUCKBUCHSTABENSCHREIBEN

|                                  |                 |                    |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|
| 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 \_\_\_\_\_





### 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 EINWILLIGUNGSEKTLÄRUNGEN

(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





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



MARTHA  
MARIA

Unternehmen  
Menschlichkeit

# Patienteninformation zum Entlassmanagement

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





## 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 handle als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters



\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters