

**Verwendbar sowohl für gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten!**

**Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor-/Weiterbehandlern**

(Einwilligungserklärung gem. Art 6 Abs. 1 a, Art. 9 Abs. 2 a DSGVO/§ 11 Abs. 2a KDG)

Ich,	Name, Vorname des Patienten
geboren am:	Geburtsdatum
wohnhaft in:	Anschrift

bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

- Vorbehandler  
 Weiterbehandler

sonstigen Behandler <sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

- Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem

- Vorbehandler  
 sonstigen Behandler: \_\_\_\_\_

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

- Ja  Nein

Mein **Vorbehandler** ist:

Name und Anschrift des **Vorbehandlers**

Mein **Weiterbehandler** ist:

Name und Anschrift des **Weiterbehandlers**

Mein **sonstiger Behandler** ist:

Name und Anschrift des **sonstigen Behandlers**

- trifft nicht zu, da kein Hausarzt bzw. Vor-/Weiterbehandler vorhanden

**Ihre Einwilligung ist freiwillig.**

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger (schriftlich- per E-Mail- Fax). Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

**Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht**

Unterschrift des Vertreters

<sup>1</sup> Sehr geehrter Patient, sollten Sie gesetzlich versichert sein, kann in diese Zeilen jeglicher/sonstiger Arzt eingetragen werden, außer Ihrem Hausarzt. Für den Hausarzt gibt es ein gesondertes Formular. Sollten Sie privatversichert sein, können Sie hier sämtliche Ärzte einschließlich Ihres Hausarztes eintragen.

Die aktuelle Version des Dokuments ist im INTRANET verfügbar. Bei Ausdrucken/Kopien sind die Mitarbeiter dafür verantwortlich, dass die aktuell gültige Version verwendet wird.							
Erstellt am:	23.04.2018	Genehmigt am:	17.05.2018	Geändert am:	18.09.2018	Version	3
Von:	Steuerungsgruppe	Von:	Steuerungsgruppe	Von:	Steuerungsgruppe	Status:	freigegeben