

Anlage 1 b Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach §39 Abs. 1 a SGB V

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten auszufüllen!

Name, Vorname: _____

Wohnhaft in: _____

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

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose Anschlussbehandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen Daten an die mich weiterbehandelnden Mediziner*innen und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeut*innen.

ja nein

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse die erforderlichen Daten (z. B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) 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

Ich kann die Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich 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.

3. Hiermit bestätige ich, dass mir die Patient*inneninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V ausgehändigt wurde.

ja nein

Bonn, den 31.01.2018

Unterschrift der Patientin oder des Patienten

Ich handele als Vertreterin oder Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzliche Vertretung/Betreuung

Name, Vorname der Vertretung

Name, Vorname der Vertretung

Unterschrift der Vertretung