



## Angaben zum Patienten (wenn vorhanden Patientenaufkleber)

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Wohnort _____
Klinik u. Station _____

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

Ich willige ein, dass die Rheintor Klinik 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 die Rheintor Klinik die erforderlichen Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen Daten an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

ja

nein

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

Ich willige ein, dass die Rheintor Klinik meiner Kranken- bzw. 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 Rheintor Klinik und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken- bzw. Pflegekasse darf die ihr von der Rheintor Klinik übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert die Rheintor Klinik meine Kranken- bzw. 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

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

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

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