

## Für Patientenakte

### Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des 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 (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versicherterstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer,
5. Versicherterstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahme-diagnose, bei einer Änderung der Aufnahme-diagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
7. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Frechen,

.....  
(Ort und Datum)

.....  
( Unterschrift des Patienten)

**Datenübermittlung an den niedergelassenen Arzt**  
(Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

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

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem **Arzt** vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja                       Nein

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Arzt und Krankenhaus statt.**

Frechen,

-----  
(Ort und Datum)

-----  
(Unterschrift des Patienten)