

Patienteninformation zum Entlassmanagement

(Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V)

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. Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert. Alle geplanten Maßnahmen werden mit Ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen. Ich bestätige hiermit, dass die Patienteninformationen zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1 a SGB V und die damit verbundene Datenübermittlung rechtzeitig vor der Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Verfügung gestellt worden ist. Weitere Informationen über das Entlassmanagement finden Sie auf unserer Webseite (<https://www.mutterhaus.de/patienten-besucher/aufnahme-und-aufenthalt>) oder unter nebenstehendem QR-Code.



Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern

(Einwilligungserklärung § 39 Abs. 1a S. 10 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, Anschrift des Vertreters, Unterschrift des Vertreters