

Behandlungsvertrag Hinweis/Einwilligung zur Datenverarbeitung und -übermittlung Empfangsbekanntnis

Behandlungsvertrag zwischen

Patient: **Katholisches Klinikum Bochum gGmbH**
Geb.: **Gudrunstr. 56, 44791 Bochum**
Aufn.Nr: **und mit den Betriebsstätten**
Aufn.: **St. Josef-Hospital, Gudrunstr. 56, 44791 Bochum**
St. Elisabeth-Hospital, Bleichstr. 15, 44787 Bochum
Klinik Blankestein, Im Vogelsang 5-11, 45527 Hattingen
Marien-Hospital Wattenscheid, Parkstr. 15, 44866 Bochum

über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses in der jeweils gültigen Fassung niedergelegten Bedingungen.

Hinweise: Ich bin ausdrücklich über die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses hingewiesen worden und erkläre mich mit ihrer Geltung einverstanden. Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Ich wünsche von Ihnen über Neuigkeiten aus der Medizin und aus den Krankenhäusern des Katholischen Klinikums Bochum per E-Mail informiert zu werden. Bitte senden Sie die Informationen an meine folgende E-Mailadresse:

Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail an die folgende Adresse widerrufen: newsletter@klinikum-bochum.de

X

Ort, Datum	Unterschrift Patient oder Vertreter	Unterschrift Krankenhausmitarbeiter
	(bei minderjährigen Pat.: Sorgeberechtigter)	

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsvollmacht/gesetzlicher Betreuer/ Betreuer

Name, Vorname des Vertreters	Anschrift des Vertreters	Unterschrift des Vertreters
------------------------------	--------------------------	-----------------------------

Einwilligung in die Datenübermittlung

a) zwischen Hausarzt und Krankenhaus

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden 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

b) zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor-/Weiterbehandler

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Vor- bzw. Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und der Weiterbehandlung übermittelt.

Ja Nein

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Vorbehandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zum Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Pfortenauskunft

Ich bin damit einverstanden, dass Auskunft über meinen Aufenthalt im Krankenhaus an Dritte (z.B. Besucher) erteilt werden kann.

Ja Nein

Behandlungsvertrag Hinweis/Einwilligung zur Datenverarbeitung und -übermittlung Empfangsbekanntnis

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 Hausarzt, sowie Vor-/Weiterbehandler und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

X		
Ort, Datum	Unterschrift Patient oder Vertreter (bei minderjährigen Pat.: Sorgeberechtigter)	Krankenhausmitarbeiter

Empfangsbekanntnis

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

- des Behandlungsvertrages, Hinweises auf Datenverarbeitung, des Einverständnisses zur Datenübermittlung an den Hausarzt
- der Wahlleistungsvereinbarung incl. der Patienteninformation, der zur Datenübermittlung an ein privates Krankenversicherungsunternehmen, der Einwilligung
- Datenübermittlung an externe Abrechnungsstellen
- der Patienteninformation zum Entlassmanagement
- der Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung

Ich wurde auf folgende Dokumenten hingewiesen, die im Schaukasten vor der Aufnahme jederzeit eingesehen werden kann oder über die Homepage (siehe QR-Codes)

- die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- des Krankenhausentgelttarifs und der Unterrichtung des Patienten



AVB, DRG-Entgelttarif,
QS- Informationen

X		
Ort, Datum	Unterschrift Patient oder Vertreter (bei minderjährigen Pat.: Sorgeberechtigter)	Krankenhausmitarbeiter

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 datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. 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 Versichertenstatus (z. B. Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter oder Selbstzahler) variieren können:

- Name des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiaagnose, die Aufnahmediagnose, bei Änderungen der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
- Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
- Angabe über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsunfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

ich bin davon in Kenntnis gesetzt, dass

- das Krankenhaus, soweit für die Datenerhebung im Rahmen Onkologische Tumordokumentation notwendig, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Daten erhoben, verarbeitet und zur onkologischen Qualitätssicherung weiterleitet werden.
- im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung unter Beachtung strenger datenschutzrechtlicher Bestimmungen, medizinische Daten anonymisiert und verschlüsselt an das wissenschaftliche Institut (IQTIG) des Gemeinsamen Bundesausschusses weitergeleitet werden. Weitere Informationen erhalten Sie dazu auf Ihrer Station bzw. auf der Homepage (siehe QR-Code oben)

X		
Ort, Datum	Unterschrift Patient oder Vertreter (bei minderjährigen Pat.: Sorgeberechtigter)	Krankenhausmitarbeiter