

Namen, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

Erklärung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch das Krankenhaus an den von mir benannten Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt zweckgebunden übermittelt werden können und dass die bei meinem Hausarzt /weiterbehandelnden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten / Befunde soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können.

JA

NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Zwecken des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung unter Wahrung des Datenschutzes verwendet werden.

JA

NEIN

In den verschiedenen Fach- und Funktionsbereichen des Krankenhauses werden unter Umständen Aufgaben durch externe Dienstleistungseinrichtungen, Kooperationspartner oder weitere Einrichtungen der Krankenhausgruppe wahrgenommen, z.B. Essenzubereitung, Arztbriefschreibung, Digitalisierung und Lagerung von Patientenakten, Maßnahmen zur Sicherung / Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Forschung. Ich willige hiermit mit der Maßgabe ein, dass der entsprechende Personenkreis zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet wird.

JA

NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass über meinen Krankenhausaufenthaltort (Station, Zimmernummer und Telefonnummer) auf Anfrage von Besuchern und /oder Anrufern Auskunft durch den Krankenhausmitarbeiter erteilt wird.

JA

NEIN

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung auf freiwilliger Basis erfolgt und ich jederzeit ganz oder teilweise gegenüber dem Krankenhaus widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Übermittlung dieser Daten statt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters