Einwilligungs-Erklärung zum Entlass-Management
in Leichter Sprache

Bitte beachten Sie: Dieses Dokument ist nur dann für Sie wichtig, wenn Sie eine gesetzliche Kranken-Versicherung haben.

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

1. Einwilligung für das Entlass-Management

Sie sollen bald aus dem Kranken-Haus entlassen werden. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt im Kranken-Haus hat entschieden, dass Sie eine medizinische Anschluss-Behandlung oder Pflege brauchen. Das soll mit einem Entlass-Management organisiert werden. Beim Entlass-Management muss das Kranken-Haus Ihre Patienten-Daten weitergeben. Zum Beispiel an Arzt-Praxen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Kranken-Kasse oder an Lieferanten von Hilfsmitteln. Nur so kann die Zusammenarbeit mit diesen anderen Einrichtungen oder Personen funktionieren.

Bitte kreuzen Sie hier an:
- Möchten Sie ein Entlass-Management?
- Und darf das Kranken-Haus dabei Ihre Patienten-Daten weitergeben?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte beachten Sie: Eine Entlassung aus dem Kranken-Haus ohne Entlass-Management kann große Nachteile für Sie haben. Ohne Entlass-Management können Pausen entstehen in Ihrer medizinischen Behandlung.

2. Einwilligung für die Unterstützung Ihrer Krankenkasse oder Pflege-Kasse beim Entlass-Management

Bitte beachten Sie: Füllen Sie diesen 2. Abschnitt nur dann aus, wenn Sie beim 1. Abschnitt Ja angekreuzt haben. Manchmal ist es notwendig, dass Ihre Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse beim Entlass-Management mitarbeitet. Und dafür Ihre Patienten-Daten vom Kranken-Haus bekommt. Ihre Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse dürfen Ihre Patienten-Daten nur für die Unterstützung Ihres Entlass-Managements benutzen. Nicht zu einem anderen Zweck.

Bitte kreuzen Sie hier an: Erlauben Sie dem Krankenhaus, dass es Ihre Patienten-Daten an Ihre Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse weitergibt?

☐ Ja ☐ Nein

Widerruf der Einwilligung und Entscheidung gegen das Entlass-Management

Ihre Einwilligung zum Entlass-Management und damit zur Weitergabe Ihre Patienten-Daten ist freiwillig. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen, also rückgängig machen. Das müssen Sie schriftlich erledigen mit einem Brief oder einer Email. Ihr Widerruf ist erst ab dem Tag gültig, an dem Ihr Brief oder Ihre Email beim Kranken-Haus oder Ihrer Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse eintrifft.

Schkeuditz, den .....

.....
Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

……
……..
Name, Vorname des Vertreters Anschrift des Vertreters

.....
Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift haben Sie das Dokument fertig ausgefüllt. Geben Sie es bitte an eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter im Krankenhaus zurück.