

Anlage zum Behandlungsvertrag

## Einwilligungen in Datenverarbeitungen durch das Krankenhaus und Entbindungen von der Schweigepflicht

Patient

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Straße, PLZ, Wohnort	

**1. Auskunft an den Hausarzt:** Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt mit. Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde/Arztbriefe durch das Krankenhaus meinem Hausarzt zu dessen Dokumentation und zur weiteren Behandlung übermittelt werden (Einwilligung nach § 73 Abs.1b SGBV).

**2. Auskunft an andere Ärzte:** Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde /Arztbriefe durch das Krankenhaus an die von mir aufgeführten Ärzte übermittelt werden dürfen:

(bitte nennen Sie hier den Namen der Ärzte und die Anschrift)


**3. Anfordern von Unterlagen anderer Ärzte:** Ich bin damit einverstanden, dass von oben genannten Ärzten Behandlungsdaten/Befunde für meine Behandlung im Krankenhaus durch das Krankenhaus angefordert werden können und entbinde diese Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber dem Krankenhaus.

**4. Keine Auskunftssperre:** Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter auf telefonische und/oder persönliche Nachfrage bestätigen dürfen, dass ich mich zurzeit im Krankenhaus befinde und mir Gespräche auf die krankenhauseigenen Telefone ins Krankenzimmer durchstellen.

**5. Auskunft an Angehörige:** Ich bin damit einverstanden, dass an die von mir im Aufnahmegespräch genannten Angehörigen Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilt werden darf.

**6. Newsletterempfang:** Ich möchte vom Verbund katholischer Kliniken Düsseldorf gGmbH (VKKD) über Neuheiten oder Veranstaltungen schriftlich oder per E-Mail informiert werden.

**7. Speicherung Religionszugehörigkeit:** Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die von mir in der Aufnahme genannte Religionszugehörigkeit speichert und diese einem Seelsorger mitteilt, der mich im Bedarfsfall aufsuchen darf.

**8. Nur für Privatpatienten – Datenweitergabe an externe Abrechnungsstelle:** Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus Angaben zu meiner Behandlung inkl. Diagnosen, durchgeführten Maßnahmen, Therapie und Verlauf an die externe Abrechnungsstelle, die in dem mir ausgehändigten Informationsblatt genannt ist, zur Durchführung der Abrechnung übermittelt.

Ich bin mit allen Punkten einverstanden.

Ich bin nur mit einigen Punkten einverstanden und habe die Punkte, mit denen ich nicht einverstanden bin, durchgestrichen.

Meine Einwilligungen sind freiwillig und unabhängig vom Behandlungsvertrag. Ich kann meine Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Krankenhaus schriftlich/textlich widerrufen.

Düsseldorf, .....	
	Unterschrift Patient/in oder Vorsorgeberechtigter