Klinik Haus Vogt

Einwilligungen

Patient

(Name, Vorname) (Geb.-Datum)

1. Schweigepflichtsentbindung

der Eltern / Sorgeberechtigten / Amtsvormund

(Name, Vorname) (Geb.-Datum)

(Anschrift)

Hiermit entbinden wir die zuständigen Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen der Klinik Haus Vogt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

vor- und nachbehandelnden Ärzten und Therapeuten

Jugendhilfeeinrichtungen:
Name, Anschrift

Jugendamt:
Name, Anschrift

Schule:
Name, Anschrift

Titisee-Neustadt, den .....

.....
(Unterschrift Patient)

....
(Unterschrift Sorgeberechtigte 1) (Unterschrift Sorgeberechtigte 2)

Erklärung bei alleiniger Sorge (falls zutreffend)

Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe. (Nachweis muss auf Verlangen vorgelegt werden)

2. Einverständniserklärungen zu ärztlichen Maßnahmen

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die Ärzte der Klinik Haus Vogt bei meinem/r Sohn/Tochter medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen durchführen. Dies umfasst insbesondere eine ausführliche allgemeinmedizinische Untersuchung inkl. Blutentnahme sowie das Verordnen von Medikamenten zur Behandlung bestehender körperlicher Erkrankungen. Ich/ Wir bin/sind mit notwendigen fachärztlichen Untersuchungen und Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten sowie in Notfallambulanzen einverstanden. Dies umfasst auch notwendige EKG Untersuchungen, Röntgenuntersuchungen und Magnet-resonanzaufnahmen (MRT).

Sollte sich im Behandlungsverlauf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Einnahme von psychisch wirksamen Substanzen ergeben, erfolgt hierzu eine gesonderte ausführliche Aufklärung und Beratung. Dies wird ggf. in einer schriftlichen Einverständniserklärung dokumentiert.

Ich /Wir bin/sind mit dem Verordnen von Medikamenten zur Behandlung psychischer Leiden im akuten Bedarfsfall einverstanden.

Titisee-Neustadt, den .....

.....
(Unterschrift Patient)

.....	.....
(Unterschrift Sorgeberechtigte 1)	(Unterschrift Sorgeberechtigte 2)

Erklärung bei alleiniger Sorge (falls zutreffend)

Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe. (Nachweis muss auf Verlangen vorgelegt werden)

3. Einverständniserklärungen zu verschiedenen Aktivitäten

Sport- und Freizeitaktivitäten

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass unser/e Sohn/Tochter an Sport- und Freizeitaktivitäten der Klinik Haus Vogt teilnehmen kann. Die Teilnahme an diesen Aktivitäten ist Bestandteil der Behandlung.

Tiergestützte Angebote:

Im Rahmen der Behandlung bietet die Klinik Haus Vogt ggf. tiergestützte Angebote wie eine Tierwanderung o.ä. an.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass unser/e Sohn/Tochter an tiergestützten Angeboten im Rahmen der Behandlung der Klinik Haus Vogt teilnehmen kann.

.....	.....
(Unterschrift Sorgeberechtigte 1)	(Unterschrift Sorgeberechtigte 2)

Erklärung bei alleiniger Sorge (falls zutreffend)

Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe. (Nachweis muss auf Verlangen vorgelegt werden)

Nur von privatversicherten / beihilfeberechtigten Patienten auszufüllen!

4. Einwilligung Direktabrechnung zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen / Beihilfestellen und Krankenhaus

Name:
(Vorname, Name des Patienten / bzw. des Sorgeberechtigten)

Geburtsdatum:

Anschrift:

Direktabrechnung
zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle

Ich mache von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung / Beihilfestelle Gebrauch.

(Name und Anschrift der privaten Krankenversicherung / Beihilfestelle)

(Personalnummer/ Krankenversicherungs-Nr.)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an meine private Krankenversicherung/Beihilfestelle zum Zwecke der Abrechnung übermittelt. Den Antrag auf Direktabrechnung lege ich bei.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

- Name des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung,
- Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der privaten Krankenversicherung / Beihilfestelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Sofern Sie keine Einwilligung zur Direktabrechnung erteilen, wird Ihnen die Rechnung zugesandt. Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.

Titisee-Neustadt, den .....

.....
(Unterschrift Patient)

.....	.....
(Unterschrift Sorgeberechtigte 1)	(Unterschrift Sorgeberechtigte 2)

Erklärung bei alleiniger Sorge (falls zutreffend)

Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe. (Nachweis muss auf Verlangen vorgelegt werden)

5. Einwilligung ePA

Erklärungen der Sorgeberechtigten

Ich / Wir wurden über die elektronische Patientenakte (§ 341 SGB V) und das Recht zum Widerspruch informiert und erklären:

Ich / Wir **widersprechen**, dass Daten über die Behandlung meines / unseres Kindes / Jugendlichen in die elektronische Patientenakte eingestellt werden.

Ich / Wir wurden darüber informiert, dass dieser Widerspruch jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Ich / Wir wurden darüber informiert, dass diese Entscheidung jederzeit geändert und der Zugriff wieder erlaubt werden kann.

Ich / Wir erkläre(n) mein / unser **ausdrückliches Einverständnis**, dass die im Rahmen der Behandlung elektronisch vorliegenden und dafür vorgesehenen Daten in **die elektronische Patientenakte** eingestellt und dort gespeichert werden dürfen.

Titisee-Neustadt, den .....

.....
(Unterschrift Patient)

.....	.....
(Unterschrift Sorgeberechtigte 1)	(Unterschrift Sorgeberechtigte 2)

Erklärung bei alleiniger Sorge (falls zutreffend)

Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe. (Nachweis muss auf Verlangen vorgelegt werden)

Erklärung des Jugendlichen (ab 15 Jahren)

Ich wurde über die elektronische Patientenakte (§ 341 SGB V) und meine Rechte zum Widerspruch informiert. Ich entscheide selbst, ob Daten aus meiner Behandlung in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden dürfen oder nicht.

Ich **widerspreche**, dass Daten über meine Behandlung in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden.

Ich wurde darüber informiert, dass diese Entscheidung jederzeit geändert und der Zugriff wieder erlaubt werden kann

Ich erkläre mein ausdrückliches Einverständnis, dass die im Rahmen meiner Behandlung elektronisch vorliegenden dafür vorgesehenen **Daten in meine elektronische Patientenakte eingestellt und dort gespeichert werden** dürfen.

Titisee-Neustadt, den .....

.....
(Unterschrift Jugendlicher (ab 15 Jahren)

Hinweis: Diese Erklärung verbleibt in der Behandlungsdokumentation und dient der rechtssicheren Nachvollziehbarkeit der ePA-Beratung, des Widerspruchs oder der Einwilligung.

6. Einwilligung Entlassmanagement

1) Einwilligung in das Entlass-Management und die damit verbundene Datenverarbeitung (§ 39 Abs. 1a SGB V)

Ich willige ein, dass das die Klinik Haus Vogt für mich ein Entlass-Management durchführt. Dabei geht es im Wesentlichen darum, für mich eine lückenlose Anschlussbehandlung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen Daten an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitations-einrichtungen, 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 Daten (z. B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlass-Management 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 die Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich 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

Titisee-Neustadt, den .....

.....
(Unterschrift Patient)

.....	.....
(Unterschrift Sorgeberechtigte 1)	(Unterschrift Sorgeberechtigte 2)

Erklärung bei alleiniger Sorge (falls zutreffend)

Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe. (Nachweis muss auf Verlangen vorgelegt werden)