Behandlungsvertrag

EVANGELISCHES KRANKENHAUS DÜSSELDORF

zwischen der Stiftung Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf als Trägerin des Evangelischen Krankenhauses und dem nachgenannten Patienten:

Name : _____ Vorname: _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____ Mobil-Nr.: _____

Konfession: ☐ evangelisch ☐ röm.katholisch ☐ muslimisch ☐ andere: _____

Mit der Weitergabe der Information, dass ich Patient im EVK bin, an die zuständige Kirchengemeinde bin ich einverstanden ☐ ja ☐ nein

Angehörige: _____ Tel.Nr.: _____

Für die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse benötigen wir ferner folgende Angaben:

Krankenkasse: _____ Zusatzvers.: _____

Name des Hauptversicherten: _____ Geb.dat.: _____

Einweisender Arzt: _____ Hausarzt: _____

Über die stationäre/teilstationäre bzw. vor-/nachstationäre Behandlung der allgemeinen Krankenhausleistungen
(Wahlleistungen sind gesondert zu vereinbaren)

Soweit das Entgelt für die Behandlung im Krankenhaus nicht von einem Sozialleistungsträger, einer Versorgungsbehörde im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder einem Träger der Heilfürsorge übernommen wird, hafte ich hierfür gesamtschuldnerisch.

Auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und die Bekanntmachung der Leistungen und Entgelte des Evangelischen Krankenhauses, die an der Information und in der Zentralen Patientenaufnahme ausliegen, bin ich ausdrücklich hingewiesen worden und hatte die Möglichkeit, in zumutbarer Weise von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen. Insbesondere wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass sich das Evangelische Krankenhaus eine Entgeltänderung auch nach Abschluss des Behandlungsvertrages vorbehalten hat, selbst dann, wenn die nach den gesetzlichen Vorschriften erfolgte Entgeltänderung erst nach Beendigung der Behandlung im Krankenhaus rückwirkend in Kraft tritt.

Datenschutz/Datenverarbeitung

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, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen 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 oder Selbstzahler) variieren können:

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversichertennummer,
5. Versichertenstatus,
6. 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 sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
7. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit 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 darüber aufgeklärt worden und damit einverstanden, dass das Evangelische Krankenhaus meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses verarbeitet und an die beteiligten Stellen weiterleitet. Dazu gehört auch, dass im Falle des Zahlungsverzuges die für den Forderungseinzug durch ein Anwalts-, Inkassobüro notwendigen personenbezogenen Daten weitergegeben werden können. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten bei Wahlleistung Telefon (z.B. geführte Telefonate) elektronisch verarbeitet und bis zum Tage meiner Entlassung im EDV-System gespeichert bleiben.

Auf die Information auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO, die an der Information und in der Zentralen Patientenaufnahme ausliegt, bin ich ausdrücklich hingewiesen worden und hatte die Möglichkeit, in zumutbarer Weise von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus gem. § 73 Abs.1b SGB V Behandlungsdaten an meinen o.g. Hausarzt übermittelt und von diesem Befunde anfordern kann, soweit diese für die aktuelle Behandlung erforderlich sind. ☐ ja ☐ nein

Düsseldorf, den _____ _____ _____

für das Krankenhaus

Patient / bevollmächtigter Vertreter
(im Vertretungsfall Namen und Adresse des Vertreters)

Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

Worum geht es beim Entlassmanagement?
Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungs-
ergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?
Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher oder elektronischer Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z.B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z.B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche oder elektronische Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/ Pflege-kasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses
Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlass-managements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?
Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?
Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich oder elektronisch eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.

Düsseldorf, _____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

_____ _____
Name, Vorname des Vertreters Anschrift des Vertreters

_____
Unterschrift des Vertreters

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Name, Vorname des Patienten _____ geboren am _____

wohnhaft in _____

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, 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 personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement 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 sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch 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. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Düsseldorf, _____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

_____ _____
Name, Vorname des Vertreters Anschrift des Vertreters

_____
Unterschrift des Vertreters