



Anlage 3

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH

**Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus
 (Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO
 i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)**

Patientenaufkleber

*Liebe Patienten, liebe Eltern,
 aus gesetzlichen Gründen sind wir verpflichtet ihr
 Einverständnis zur Weitergabe von Befunden
 (dazu gehört auch der Arztbrief) einzuholen. Bitte
 geben Sie uns alle Ärzte an, die einen Brief
 erhalten sollen. Dazu gehört neben dem
 Hausarzt auch evtl. mitbetreuende (Kinder-)
 rheumatologen.*

Vielen Dank

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem **Hausarzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein Hausarzt ist:

 (Name und Anschrift des Hausarztes)

 (Name und Anschrift des Arztes)

 (Name und Anschrift des Arztes)

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. 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.

Garmisch-Partenkirchen, den _____
 (Ort und Datum)

 (Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters –
 bei minderjährigen Patienten: des/der Sorgeberechtigten/Bevollmächtigte)