



Vital-Kliniken GmbH Schloss-Klinik Sonnenbühl

Ihre Einladung habe ich erhalten:

- Ich werde am um ca. _____ Uhr in der Klinik eintreffen.
- Ich kann aus folgenden wichtigen Gründen nicht anreisen:

Einwilligung für Auskünfte

(Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht)

Ich bin damit einverstanden, dass die Schlossklinik Sonnenbühl die folgenden Auskünfte über meinen Aufenthalt gibt (bitte ankreuzen und ausfüllen):

- Auskünfte gegenüber Anrufern**
Gegenüber Anrufern, die nach mir fragen, darf die Schlossklinik Sonnenbühl Auskunft über die Tatsache meines Aufenthaltes in der Klinik geben sowie Telefongespräche auf mein Zimmer durchstellen.
- Auskünfte gegenüber Besuchern**
Gegenüber Besuchern, die nach mir fragen, darf die Schlossklinik Sonnenbühl Auskunft über die Tatsache meines Aufenthaltes in der Klinik geben (einschließlich der Angabe meiner Zimmernummer).
- Auskünfte gegenüber Angehörigen**
Gegenüber meinen u. g. Angehörigen darf die Schlossklinik Sonnenbühl Auskunft – auch telefonisch - über meinen Aufenthalt in der Klinik und meinen Gesundheitszustand geben, insbesondere wenn ich selbst nicht dazu in der Lage bin:

Vorname, Name des Angehörigen

Telefonnummer des Angehörigen

(Die Telefonnummer wird zur Überprüfung der Identität abgefragt, sofern sie bei einem Anruf nicht im Display des angerufenen Apparats sichtbar ist.)

Einwilligung zum Betreten meines Zimmers

- Ich bin damit einverstanden, dass Handwerker, Therapeuten sowie Mitarbeiter/-innen der Verwaltung mein Zimmer auch in meiner Abwesenheit zu Zwecken der Durchführung dringender Reparaturen sowie zur Hinterlegung persönlicher Informationen für mich (z.B. Therapiepläne) betreten dürfen.

Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. zu meinen Gunsten mit der Vital-Kliniken GmbH geschlossenen Behandlungsvertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie der für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet

bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten des Patienten, die je nach Versichertenstatus variieren können:

- Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus
- Tag, Uhrzeit und Grund der Aufnahme, Aufnahme- bzw. Einweisungsdiagnose und nachfolgende Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie bei Überschreitung die medizinische Begründung
- Datum und Art der durchgeführten Behandlungen
- Tag, Uhrzeit und Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen
- Angaben über Rehabilitationsmaßnahmen, Aussagen über Arbeitsunfähigkeit und Vorschläge für die weitere Behandlung.

Darüber hinaus gehende Erhebungen, Verarbeitungen und Nutzungen meiner personenbezogenen Daten sind nur mit meiner Einwilligung zulässig.

Information zur Hinzuziehung externer Dienstleister

Die Schloss-Klinik Sonnenbühl lässt regelmäßig Laboruntersuchungen durch ein externes Labor durchführen:

Laborärzte Singen

Virchowstrasse 10c, 78224 Singen

Für bestimmte Spezialuntersuchungen, die die Laborärzte Singen nicht selbst durchgeführt können, werden von diesen andere geeignete Labore beauftragt.

An die o.g. Labore übermitteln wir nur pseudonymisierte Daten (eine fortlaufende Nummer) ohne Personenbezug über Sie als Patienten. Die Labore haben die übermittelten Daten in demselben Umfang geheim zu halten wie die Vital-Kliniken GmbH selbst. Sie unterliegen selbst der Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Ich bin damit einverstanden, dass meine o. g. Daten an die Empfänger, die ich oben angekreuzt habe, zu den jeweils genannten Zwecken übermittelt werden. Ich entbinde insoweit die Ärztinnen und Ärzte sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Vital-Kliniken GmbH von ihrer Schweigepflicht.

Alle o. g. Einwilligungen sind freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich jede Einwilligung bzw. Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Vorname, Name des Patienten

Wohnort, Geburtsdatum

Telefonnummer :

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten