



Diabetes-Klinik • Postfach 12 43 • 97962 Bad Mergentheim

Schwerpunkt Krankenhaus für Diabetiker
Geschäftsführer:
Dipl.-Ökonom Thomas Böer

- Patientenaufkleber -

Theodor-Klotzbücher-Straße 12
97980 Bad Mergentheim
Telefon 07931 594-0
Telefax 07931 594-108
info@diabetes-zentrum.de
www.diabetes-zentrum.de



AZ 03-03-03

VA-005-06-20

Stand: 1. Juni 2020

Hinweis auf die Datenverarbeitung und Datenschutz

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim abgeschlossenen Vertrages

- Daten über meine Person,
- Daten über meinen sozialen Status (z. B. Versichertenstatus: selbstversichert, mitversichert, Rentner*in) sowie
- die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten

gespeichert, erforderlichenfalls geändert und vor unbefugtem Zugriff gesichert werden. Sie können nur im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften und gesetzlichen Übermittlungsvorschriften an Dritte (in der Regel die Kostenträger) übermittelt werden.

Es handelt sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassen-/Privatpatient*in, fürsorgeberechtigte/r Selbstzahler*in u. a.) variieren können:

1. Familienname und Vorname der versicherten Person,
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 auf Verlangen der Krankenkasse (GKV, PKV, Beihilfe, etc.) die Übermittlung der medizinischen Begründung bei Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung.
7. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Bankverbindungen

- Sparkasse Tauberfranken (BLZ 673 525 65) Konto-Nr. 10 546
IBAN: DE77 6735 2565 0000 0105 46, SWIFT-BIC: SOLADES1TBB
- Baden-Württembergische Bank (BLZ 600 501 01) Konto-Nr. 4 110 192
IBAN: DE51 6005 0101 0004 1101 92, SWIFT-BIC: SOLADEST

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass notwendige medizinische Daten (Entlassbriefe, Befunde, etc.) von Krankenhäusern bzw. von Ärzt*innen, bei denen ich zuvor in Behandlung war, angefordert und an die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim übermittelt werden dürfen.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass für meine Behandlung notwendige Laborwerte, die nicht im eigenen Labor der Diabetes-Klinik bestimmt werden können, bei einem externen Labor angefordert werden können.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass medizinische Daten meiner stationären Krankenhausbehandlung in der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim an meine Hausärztin/meinen Hausarzt, einweisende/n Ärztin/Arzt und an mich weiterbehandelnde Ärzt*innen/Krankenhäuser übermittelt werden dürfen (z. B. Arztbrief, Laborwerte etc.).

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass – ausschließlich zum Zwecke der Dokumentation – Fotos von Wunden/Wundheilungsverläufen (z. B. bei Fußwunden bei diabetischem Fußsyndrom) gemacht und gespeichert werden dürfen.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten auch für wissenschaftliche Arbeiten/Studien von der Diabetes-Klinik, ihrem verbundenen Forschungsinstitut FIDAM GmbH und der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e. V. verwendet werden können, dass meine Daten der Patientenakte hinsichtlich der Einschlusskriterien in Studien geprüft werden können und ich von der Diabetes-Klinik/FIDAM GmbH/Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e. V. nach stationärer Aufnahme bezüglich einer Teilnahme an Studien angefragt werden kann. Ich erlaube, dass ich auch nach meiner Krankenhausbehandlung schriftlich angefragt werden kann, ob ich an wissenschaftlichen Befragungen/Studien teilnehmen möchte.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich zu Diabetes-Informations- und/oder Fortbildungsveranstaltungen der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e. V. eingeladen werden kann.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Sollte ich vor meiner stationären Behandlung bereits Patient*in der Diabetespraxis Dr. Eva Haak/Dr. Simon Vidal/Dr. Emilia Ruff gewesen sein, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine ambulanten Befunde an die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim weitergegeben werden.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass – ausschließlich zum Zwecke der Dokumentation – ein Foto von mir in der Akte gespeichert werden darf.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotos von Wunden/Körperteilen für Veröffentlichungen der Diabetes-Klinik anonymisiert verwendet werden dürfen.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Abrechnung an ärztliche Verrechnungsstellen und im Falle von Forderungsveräußerungen an Forderungs- bzw. externe Factoringunternehmen weitergegeben werden dürfen.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Befunde und Diagnostik von mir im Rahmen ärztlicher Fort- und Weiterbildungen bzw. bei Fort- und Weiterbildungen von nichtärztlichen Mitarbeiter*innen verwendet werden dürfen: Unsere Mitarbeiter*innen nehmen an Fort- und Weiterbildungen teil. Dabei sind ggf. Fallbeispiele vorzustellen (z. B. wird ein Ultraschallbild gezeigt und der dazugehörige Ultraschallbefund vorgestellt).

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich nach der Entlassung über besondere Therapie- und Behandlungsangebote informiert werden kann.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Pforte Besucher*innen/Anrufer*innen Auskunft geben kann, dass ich derzeit in der Diabetes-Klinik bin. Die Pforte darf Besucher*innen mitteilen, in welchem Zimmer ich bin und kann meine Zimmer-Telefon-Nummer weitergeben.

Damit bin ich **nicht** einverstanden.

Die oben genannten Einwilligungen kann ich zu jeder Zeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bad Mergentheim, _____

Unterschrift Patient*in

.....

Ich handele als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzliche/r Vertreter*in / Betreuer*in

Name, Vorname Vertreter*in

Unterschrift Vertreter*in

Anschrift Vertreter*in