

Einwilligung in die Datenübermittlung

Stempelfeld

Patient/-in: _____

ERSTMALIGE DATENÜBERMITTLUNG an den weiterbehandelnden Arzt:

ERSTMALIGE DATENÜBERMITTLUNG an das Homecare-Unternehmen/„Versorger“:

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zu meiner Person, meinen Diagnosen und Behandlungen und zu meinem Ernährungsregime durch das Zentrum für Ernährungsmedizin (ZEM) an den weiterbehandelnden Arzt bzw. dessen Gemeinschaftspraxis und an das oben genannte Homecare-Unternehmen zweckgebunden übermittelt werden können. Diese personenbezogenen Daten benötigt der Versorger, um mir zu Hause eine individuelle, bedarfsdeckende und damit für mich optimale Ernährung zu gewährleisten. Meine personenbezogenen Daten werden dazu von mir persönlich angegeben oder zusätzlich vom ZEM aus dem Klinikinformationssystem (KIS) entnommen.

SPÄTERE AUSKUNFTSBEFUGNIS

Ich bin damit einverstanden, dass das ZEM dem behandelnden Arzt oder dem mit mir vertraglich verbundenen Homecare-Unternehmen auch nach der Erstübermittlung über den Krankenhausaufenthalt bzw. die Aufenthaltsdauer oder über Änderungen des Ernährungsregimes, Auskunft erteilen sowie Anregungen zur Optimierung der Versorgung geben kann.

Darüber hinaus stimme ich zu, dass die bei meinem Arzt/Homecare-Unternehmen vorliegenden aktuellen Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine weitere ernährungsmedizinische Betreuung relevant sind, wiederum durch das ZEM angefordert werden können. Dies kann z. B. eintreten bei indizierten Anpassungen des aktuellen Ernährungsregimes durch Änderungen meines Ernährungs- oder Gesundheitszustandes.

FREIWILLIGKEIT DER EINWILLIGUNG

Ich willige freiwillig in die o. g. Übermittlungsvorgänge ein und kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Die Zusammenarbeit zwischen dem ZEM und dem weiterbehandelnden Arzt/Homecare-Unternehmen dient dazu, Ihnen eine bestmögliche ernährungstherapeutische Betreuung zu ermöglichen. Wenn Sie die Einwilligung hierzu nicht erteilen oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, können Sie von dieser besonderen qualitätsgesicherten und interdisziplinären Betreuung nicht profitieren.

Berlin, den _____
Datum/Uhrzeit

X

Unterschrift des Patienten

(Unterschrift des Sorgeberechtigten bei minderjährigen Patienten. Name in Druckbuchstaben und mit Anschrift sofern abweichend vom Patienten.)

ICH HANDLE ALS VERTRETER MIT VERTRETUNGSMACHT:

Name, Anschrift, Telefonnummer

Berlin, den _____
Datum/Uhrzeit

Unterschrift des Vertreters/Betreuers

Version	Erstellt	Freigegeben durch Betrieblicher Datenschutz:	Gültig bis:	Seite
2.0	01.05.2016	22.05.2018	22.05.2021	1/1