



Name, Vorname des Patienten \_\_\_\_\_  
 geboren am \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 (oder Patientenetikett)

**Unterrichtung über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen und deren Inhalt**

Die **gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen**, die von den Leitenden Ärzten persönlich oder unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt (§ 4 Abs.2 GOÄ) bzw. im unvorhergesehenen Verhinderungsfall von den Stellvertretern erbracht werden, werden vom Krankenhaus oder den Leitenden Ärzten berechnet. Die **Namen der ständigen Vertreter sind in der Anlage** zur Wahlleistungsvereinbarung gemäß § 4 Abs. 4 GOÄ aufgeführt.

Diese ärztlichen Wahlleistungen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Dies bedeutet, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses hinzukaufen. Sie sind **gesondert zu vereinbaren und vom Patienten zu bezahlen**. Vertragspartner sind nur der Patient und das Krankenhaus.

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf **alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses**, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, **einschließlich** der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten **Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses**. Dies gilt auch soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden. Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Die Gebühren während der stationären, teilstationären, vor- und nachstationären privatärztlichen Behandlung werden im Sinne des § 6a GOÄ für die angefallenen und berechtigten Leistungen der Krankenhausärzte um 25 % gemindert. Bei einer **Leistungserbringung außerhalb des Krankenhauses** wird gemäß § 6a GOÄ das Honorar um 15 % gemindert.

Im Einzelnen richtet sich die konkrete **Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

Dieses Gebührenwerk weist folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der jeweils aktuell gültige Punktwert ist nach § 5 Abs. 1 GOÄ festgelegt. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in der Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel: (\* der jeweils neueste Punktwert ist aus der aktuell gültigen **GOÄ** zu entnehmen - hier: Stand **01.01.02**)

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Punktzahl x Punktwert*) = <b>Einfachsatz</b>
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	80 x 5,82873 Cent* = 4,66 Euro

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalls. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze bei persönlichen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 3,5-fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5-fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3-fachen des Gebührensatzes.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht abstrakt vorhersagen. Hier kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

**Hinweis:**

**Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerheblich finanzielle Belastung bedeuten. Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.**

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Chefarztsekretariate gerne zur Verfügung. Gleichzeitig haben Sie dort auch jederzeit nochmals die Gelegenheit, Einsicht in die GOÄ zu nehmen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Vertreter RKH \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

(oder Patientenetikett)

**Einwilligung zur Datenübermittlung****(nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG)**

Ich habe mich mit Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung vom \_\_\_\_\_ für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt dass das Krankenhaus die

- \_ Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart
- \_ Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnungen durch die PVS SSC - Shared Service Center - GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen
- \_ Unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Noswendel

mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt hat. Auf der Wahlarztliste finden Sie zu jedem liquidationsberechtigten Arzt die entsprechende Abrechnungsstelle. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie **Name – Anschrift – Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dazugehörige Diagnosen und Behandlungsunterlagen erforderlich.**

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Für die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart und die Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim gilt:

Die Forderungen aus wahlärztlicher Leistungen werden von uns an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH zum Zwecke des Forderungseinzugs abgetreten. Sie werden von diesem im eigenen Namen in Rechnung gestellt und für eigene Rechnungen eingezogen. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben bzw. sollte es hierüber zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen, ist der Abrechnungsdienstleister Ihr Ansprechpartner und Prozesspartei.

**Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus der jeweiligen zuständigen externen Abrechnungsstelle (die entsprechende Abrechnungsstelle finden Sie auf der Wahlarztliste) diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt und im Fall der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Südwest GmbH, diesen die Forderung zum Zwecke des Forderungseinzugs abtritt.**

**Ich entbinde meinen Wahlarzt und die über die Wahlarztkette an der Behandlung beteiligten Ärzte sowie die Krankenhausverwaltung von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlich ist.**

**Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.**

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Name, Vorname des Patienten \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(oder Patientenetikett)

**Einwilligung in Datenübermittlung zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Krankenhäusern (Direktabrechnung und Mitteilung eines Pflegegrades)  
(Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 c Abs. 5 KHG, § 301 Abs. 2 SGB V)**

**Direktabrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung**

Ich mache von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung Gebrauch. Dies bedeutet nur, dass nicht ich die Rechnung bekomme, sondern diese direkt an meine private Krankenversicherung übermittelt wird. **(Wahlärztliche Leistungen sind davon ausgeschlossen).**

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Name des privaten Krankenversicherungsunternehmens, Anschrift

(Beihilfebegünstigte Patienten können wir diese Möglichkeit derzeit leider noch nicht anbieten).

**Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.**

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

1. Name des Patienten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Versichertenstatus,
5. 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,
6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.
9. Rehabilitationseinrichtungen

**Angabe/Mitteilung eines Pflegegrades**

**Für den Fall, dass bei mir ein Pflegegrad besteht, bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus diesen übermittelt.**

Ja  Nein

Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Krankenhaus wichtig, um die Rechnung korrekt stellen zu können.

### Datenübermittlung an mit- und weiterbehandelnde Ärzte

Im Rahmen Ihrer Behandlung bei uns kann es erforderlich sein, dass wir mit- oder weiterbehandelnde Ärzte über Ihre Behandlungsdaten und Befunde informieren. Dies geschieht im Interesse Ihrer medizinischen Versorgung und ist von der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2h) DS-GVO abgedeckt. In diesem Rahmen erhält Ihr einweisender bzw. überweisender Arzt einen Arztbrief von uns.

Zudem möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Ihrem Hausarzt bzw. dem einweisenden Facharzt Behandlungsdaten und Befunde anfordern, sofern dies zum Zweck Ihrer Behandlung bei uns erforderlich ist. Auch dies ist von der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2h) DS-GVO abgedeckt.

Sofern Sie dies nicht wünschen, besteht die Möglichkeit, dem zu widersprechen.

### Einwilligung in die Datenübermittlung an den Hausarzt

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, kommt Ihrem Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V darüber hinaus eine sogenannte Lotsenfunktion zu. Als Lotse ist er zentrale Anlaufstelle des Patienten in allen Gesundheitsfragen und dokumentiert zentral Behandlungsdaten und Befunde. Die gleiche Möglichkeit haben auch Selbstzahler bzw. privat Versicherte.

Sofern Sie auch außerhalb einer Mitbehandlung möchten, dass wir Ihrem Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde im Wege eines Arztbriefes zur Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation übermitteln oder diese auf Ihren Wunsch hin an einen weiteren (Fach-)Arzt übermitteln, so können Sie uns hierzu nachfolgend Ihre Einwilligung erteilen (Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, H, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1 b SGB V) Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind:

Mein Hausarzt ist:

---

(Name und Anschrift)

Ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation übermittelt werden.

Ich möchte, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an folgenden weiteren Arzt

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

übermittelt werden.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligungen erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Einwilligungen oder auch einzelne Teile ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerruf findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. 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.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

**Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung**

Ich stimme hinsichtlich der wahlärztlichen Leistungen einer Rechnungsbegutachtung durch die gemeinsame Gutachterstelle der Bezirkskammer in Baden-Württemberg für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

## Information zum Entlassmanagement nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 i.V.m. § 39 Abs. 1a SGB V

### Worum geht es beim Entlassmanagement?

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich dazu verpflichtet, die bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung der Patienten nach ihrer Entlassung vorzubereiten. Dabei hat der Versicherte gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung.

Beim Entlassmanagement geht es insbesondere um:

- \_ die medizinische und pflegerische Versorgung im unmittelbaren Anschluss an die Rehabilitation, z.B. durch die frühzeitige Kontaktaufnahme zum weiterbehandelnden Arzt oder durch die Vereinbarung von Terminen
- \_ Hilfestellung und Beratung bei der Beantragung von Leistungen der Kranken- und/oder Pflegekasse, die im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich sind,
- \_ Hilfestellungen bei der Kontaktabahnung zur Selbsthilfe,
- \_ die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, soweit dies unmittelbar im Anschluss an die Rehabilitation erforderlich ist,
- \_ Aushändigung eines Reha-Entlassungsberichts,
- \_ Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben,
- \_ Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Sie werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung informiert und beraten. Wenn Sie es wünschen, werden Ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

### Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass die Rehabilitationseinrichtung Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und im Falle einer pflegerischen Anschlussversorgung zu der von Ihnen benannten Pflegeeinrichtung aufnehmen muss. Eine eventuell notwendige Übermittlung der Daten ist nur erlaubt, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung geben. In der beigefügten Einwilligungserklärung können Sie erklären, ob Sie dem Entlassmanagement zustimmen oder dieses nicht wünschen. Eine Einwilligungserklärung können Sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser bei der Rehabilitationseinrichtung bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann dies eine spätere Antragstellung zur Folge haben.

Wenn wir für die Vorbereitung der Anschlussversorgung Kontakt zu einem Arzt oder einen anderen Leistungserbringer, z.B. einem Physiotherapeuten, aufnehmen sollen, dann steht Ihnen die Auswahl des jeweiligen Leistungserbringers frei.

Gerne geben wir Ihnen weitere Auskünfte zum Entlassmanagement.

**Erklärung des Rehabilitanden zum Entlassmanagement**

Name, Vorname des Patienten \_\_\_\_\_  
 geboren am \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 (oder Patientenetikett)

**1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung (§§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 i.V.m. 39 Abs. 1a SGB V)**

Ich willige ein, dass die o. g. Rehabilitationseinrichtung für mich ein Entlassmanagement durchführt. Es geht dabei um die Unterstützung einer möglichst lückenlosen Anschlussversorgung. Zu diesem Zweck darf die Rehabilitationseinrichtung die dafür erforderlichen Daten (z.B. Diagnosen, Medikamente oder durchgeführte Behandlungen) erheben und verarbeiten. Dazug ehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen Daten an die von mir benannten Leistungserbringer wie die weiterbehandelnden Ärzte, Heilmittelerbringer (z.B. Physiotherapeuten) und ggf. Pflegeeinrichtungen.

Ja  Nein

**2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung (§§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz i.V.m. 39 Abs. 1a SGB V)**

Ich willige ein, dass die Rehabilitationseinrichtung meiner Kranken-/Pflegekasse \_\_\_\_\_ die erforderlichen 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 die Rehabilitationseinrichtung und die Kranken-/Pflegekasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr von der Rehabilitationseinrichtung übermittelten Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert die Rehabilitationseinrichtung meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja  Nein

Ich habe eine schriftliche Information zum Entlassmanagement erhalten.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Eine fehlende Einwilligung zum Entlassmanagement kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekasse kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Vertreters \_\_\_\_\_  
 Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Vertreters

### **Patienten-Information Tele-Radiologie**

Sollte es beim aktuellen stationären Aufenthalt medizinisch erforderlich sein, werden Bildaufnahmen (Röntgen-, CT-, MRT-, Angioaufnahmen) an andere Kliniken elektronisch zur Befundung versendet.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der Patientenaufnahme.

### **Patienteninformation Krebsregister**

Für den Fall der Malignität (Bösartigkeit) Ihrer Erkrankung erfolgt automatisch eine Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg. Falls Sie das nicht wünschen, teilen Sie uns das bitte mit. Sie haben dann die Möglichkeit, der Weitergabe Ihrer Daten zu widersprechen.

Hierzu haben Sie ein Informationsblatt ausgehändigt bekommen.

### **Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff, DS-GVO**

Im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die wichtigsten Informationen zusammengestellt.

Sie finden entsprechendes Informationsmaterial in allen unseren Aufnahmebereichen sowie auf unserer Homepage [www.rkh-kliniken.de](http://www.rkh-kliniken.de). Selbstverständlich können Sie ein Exemplar erhalten. Bitte sprechen Sie unsere Mitarbeiter der stationären Aufnahme an.