

Entlassmanagement - Anlage 1b in leichter Sprache

DKG Umsetzungshinweis und Empfehlungen des BMAS zur Information in leichter Sprache

Patientenetikett klein

1. Einwilligung für das Entlass-Management

Sie sollen bald aus dem Kranken-Haus entlassen werden. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt im Kranken-Haus hat entschieden, dass Sie eine medizinische Anschluss-Behandlung oder Pflege brauchen. Das soll mit einem Entlass-Management organisiert werden. Beim Entlass-Management muss das Kranken-Haus Ihre Patienten-Daten weitergeben. Zum Beispiel an Arzt-Praxen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Kranken-Kasse oder an Lieferanten von Hilfsmitteln. Nur so kann die Zusammenarbeit mit diesen anderen Einrichtungen oder Personen funktionieren. Bitte kreuzen Sie hier an: Erlauben Sie dem Kranken-Haus, dass es Ihre Patienten-Daten an andere Einrichtungen oder Personen weitergibt?

Ja

Nein

2. Einwilligung für die Unterstützung Ihrer Krankenkasse oder Pflege-Kasse beim Entlass-Management

Bitte beachten Sie: Füllen Sie diesen 2. Abschnitt nur dann aus, wenn Sie beim 1. Abschnitt **Ja** angekreuzt haben.

Manchmal ist es notwendig, dass Ihre Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse beim Entlass-Management mitarbeitet. Und dafür Ihre Patienten-Daten vom Kranken-Haus bekommt.

Ihre Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse dürfen Ihre Patienten-Daten nur für die Unterstützung Ihres Entlass-Managements benutzen. Nicht zu einem anderen Zweck.

Bitte kreuzen Sie hier an: Erlauben Sie dem Kranken-Haus, dass es Ihre Patienten-Daten an Ihre Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse weitergibt?

Ja

Nein

Widerruf der Einwilligung und Entscheidung gegen das Entlass-Management

Ihre Einwilligung zum Entlass-Management und damit zur Weitergabe Ihrer Patienten-Daten ist freiwillig. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen, also rückgängig machen. Das müssen Sie schriftlich erledigen mit einem Brief oder einer Email.

Ihr Widerruf ist erst ab dem Tag gültig, an dem Ihr Brief oder Ihre Email beim Kranken-Haus oder Ihrer Kranken-Kasse oder Pflege-Kasse eintrifft.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Name, Vorname des Vertreters Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters