

Version 1	Formblatt	
Seite 1 von 1	Entlassmanagement	
H4FB6	Einwilligungserklärung Rahmenvertrag (ART. 9 ABS 2H, ABS. 3, ABS. 4 DSGVO I. V. M. § 39 ABS. 1A SGB V)	

Nur für gesetzlich versicherte Patient:innen!

Name, Vorname Patient:in: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die Klinik Sanssouci Potsdam GmbH für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf die Klinik die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meine weiterbehandelnde Ärztin bzw. meinen weiterbehandelnden Arzt sowie z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeut:innen.

☐ Ja

☐ Nein

Angaben zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

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

☐ Ja

☐ Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich / elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Potsdam, den _____

Patientenunterschrift _____

Erstellt:	Fr. Scharlach	Geprüft und freigegeben:	Fr. Jakob
Datum, Unterschrift:	31.07.2026, gez. Scharlach	Datum, Unterschrift:	31.07.2026, gez. Jakob