



Stempel der entlassenden Klinik/Abteilung

Datum: _____

Einwilligung in die Datenübermittlung

E-Mail:
Telefonnummer:

Patient/-in: _____

ERSTMALIGE DATENÜBERMITTLUNG an den weiterbehandelnden Arzt:

ERSTMALIGE DATENÜBERMITTLUNG an das Homecare – Unternehmen:

Ich bin damit einverstanden, dass Daten zu meiner Person, meinen Diagnosen und Behandlungen und zu meinem Ernährungsregime durch die Ernährungsfachkraft/Klinikerarzt 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 von der Ernährungsfachkraft/dem Arzt aus dem Kliniksystem entnommen.

SPÄTERE AUSKUNFTSBEFUGNIS

Ich bin damit einverstanden, dass die Ernährungsfachkraft/der Klinikerarzt 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 die Ernährungsfachkraft/Klinikerarzt angefordert werden können. Dies kann z. B. eintreten bei indizierten Anpassungen des aktuellen Ernährungsregimes durch Änderungen meines Ernährungs- oder Gesundheitszustandes.

FREIWILLIGKEIT DER EINWILLIGUNG

Die Zusammenarbeit zwischen der Ernährungsfachkraft/Klinikerarzt 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.

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

Name, Vorname Patient/in

Ort/Datum

Unterschrift

Name, Vorname gesetzlicher Betreuer

Ort/Datum

Unterschrift

| | | | | |
|---------|------------|------------------------|-------------|-------|
| Version | Erstellt | Freigegeben durch DGEM | Gültig bis: | Seite |
| 1.0 | 01.09.2019 | 01.10.2019 | 01.10.2021 | 1 |