Liebenau Kliniken gemeinnützige GmbH · St. Lukas-Klinik
Siggenweilerstraße 11 · 88074 Meckenbeuren

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Anfrage zur stationären psychiatrischen Behandlung in der St. Lukas-Klinik. Damit wir uns bereits im Vorfeld einen Eindruck über die aktuelle Problematik machen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragebögen vollständig auszufüllen. Bitte schicken Sie diese ungeheftet auf dem Postweg zurück an:

St. Lukas-Klinik
Stationssekretariat/Frau Moser
Siggenweilerstraße 11
88074 Meckenbeuren-Liebenau

Falls vorhanden, lassen Sie uns bitte Folgendes zusätzlich zukommen:

- Den aktuellen Betreuungsbeschluss des Gerichts oder einen aktuellen Betreuerausweis (inclusive der aktuellen Adresse der gesetzlichen Betreuung) und
- Kopie des Behindertenausweises
- Aktuelle Berichte über psychiatrische Vorbehandlungen (ambulant/stationär)
- Aktuelle Entwicklungs-, Werkstattberichte
- Bundeseinheitlichen Medikationsplan und eine Kurzbiographie
- Falls vorhanden, den aktuellen Bescheid über den Pflegegrad
- Falls vorhanden, eine Kopie der Zuzahlungsbefreiung
- Falls vorhanden, den aktuellen Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen des Gerichts

Der gerichtlich bestellte Betreuer muss über die Aufnahme informiert sein!

Herzliche Grüße

Das Team der St. Lukas-Klinik

St. Lukas-Klinik

Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters

Chefärztin:
Gudrun Bungard

Ihre Ansprechpartnerin:
Constanze Moser
Tel.: +49 7542 10-5320
E-Mail: constanze.moser@stiftung-liebenau.de

Liebenau Kliniken
gemeinnützige GmbH

Siggenweilerstraße 11
88074 Meckenbeuren
Tel.: +49 7542 10-5351
kliniken@stiftung-liebenau.de
www.stiftung-liebenau.de

Geschäftsführung
Alfons Ummenhofer
Tobias Holeczek

Amtsgericht
Ort Ulm HRB 631329
Sitz: Meckenbeuren
IK = 260 841 508
USt-IdNr. DE 205 870 338

Bankverbindung
Sparkasse Bodensee
IBAN: DE83 6905 0001 0020 1474 76
BIC: SOLADES1KNZ

Aufnahme-Informationen für Erwachsene

Stiftung Liebenau

1. Name, Vorname, geb:

---

2. Besteht eine gerichtlich bestellte Betreuung für Gesundheitssorge und Aufenthaltsbestimmung?

☐Nein ☐ Ja -> Durch wen? (Name, Tel.-Nr., aktuelle Adresse, Verwandtschaftsgrad): .....

.....

Besteht alternativ eine Vollmacht für Gesundheitssorge und Aufenthaltsbestimmung?

☐Nein ☐ Ja -> Durch wen? (Name, Tel.-Nr., aktuelle Adresse): .....

.....

Ist diese Vollmacht notariell beglaubigt? ☐Ja ☐Nein

Achtung: Besteht ein gerichtlich bestellter Betreuer/gerichtlich bestellte Betreuerin oder ein notariell Bevollmächtigter/eine notariell Bevollmächtigte für Gesundheitssorge und Aufenthaltsbestimmung, so muss diese Anmeldung ZWINGEND auch von diesem/dieser mitunterschrieben und die Betreuungsurkunde bzw. die Vollmacht mitgesendet werden!

---

3. Besteht ein Gerichtsbeschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen? ☐Nein ☐ Ja -> Welche?:

.....

Achtung (wenn vorhanden): Im Falle gerichtlich genehmigter, freiheitsentziehender Maßnahmen muss der entsprechende Gerichtsbeschluss ZWINGEND mitgesendet werden!

---

4. Aktuelle Adresse des Patienten/der Patientin? ☐Wohneinrichtung ☐ Eltern

Name der Wohneinrichtung/Eltern:.....

Adresse:.....

Telefonnummer/Mobil:..... .....

E-Mail: wann erreichbar:

.....

Darf die E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme durch die St. Lukas-Klinik verwendet werden?

☐ *Ja* ☐ *Nein*

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich hierbei um keine verschlüsselte E-Mail-Kommunikation handelt und es aus diesem Grund zu Einschränkungen bei der sicheren Übertragung von E-Mails kommt. Besondere Kategorien personenbezogener Daten i. S. d. § 4 Nr. 2 KDG werden nur in verschlüsselten Anlagen versandt.

Bei Wohneinrichtungen: Name, Tel.-Nummer und E-Mail der Heimleitung/Bereichsleitung:.....

.....

Aufnahme-Informationen für Erwachsene

Stiftung Liebenau

5. Was für eine Tagesstruktur? ☐Ganztags ☐ Halbtags ☐Stundenweise ☐ Keine

☐1. Arbeitsmarkt ☐ WfbM ☐Förderbereich ☐ Schule ☐Seniorenbetreuung ☐ Gruppenintern

6. Besteht ein Pflegegrad? ☐Nein ☐ Ja Welcher? **(Kopie mitschicken)**: .....

7. Bei welcher Krankenkasse ist der/die Pat. versichert? .....

8. Wer ist der Hausarzt/die Hausärztin? (Name, Adresse):.....

.....

9. Besteht eine ambulante, psychiatrische Behandlung? ☐Nein ☐ Ja -> Durch wen? (Name, Adresse)

.....

10. Bekannte Diagnosen .....

.....

.....

11. Besonderheiten

Einzelzimmer nötig	☐Nein	☐Ja -> Warum?:.....			
Epilepsie	☐Nein	☐Ja	Schläft nachts	☐Nein	☐Ja
Rollstuhl:	☐Nein	☐Ja	Blind:	☐Nein	☐Ja
Verkehrssicher	☐Nein	☐Ja	Größe_____	Gewicht _____	

Sonstiges: .....

Kommt der/die Pat. freiwillig zur stationären Behandlung? ☐Ja ☐Nein ☐unklar (warum *)

Sind sexuelle Übergriffe bekannt? (Opfer/Täter*) ☐Ja ☐Nein

Ist der Wohnplatz gefährdet? ☐Ja ☐Nein

Art und Ausprägung der aggressiven Handlungen:

Sachaggressionen * ☐Ja ☐Nein

Fremdaggressionen * ☐Ja ☐Nein

Autoaggressionen * ☐Ja ☐Nein

*bitte kurze Erläuterung:.....

.....

.....

Aufnahme-Informationen für Erwachsene

12. Kurze Darstellung der aktuellen Problematik: .....

.....

.....

.....

13. Aktuelle Medikation (wenn möglich bundeseinheitlichen Medikationsplan mitschicken):

.....

.....

.....

14. Behandlungsziel: .....

.....

.....

.....

15. Ort, Datum, Unterschriften

Ort, Datum, Unterschrift Antragsstellende (mit Angabe der Funktion, z. B. Elternteil, Wohnbetreuer, Sozialdienst):

.....

Ort, Datum, Unterschrift des gerichtlich bestellten Betreuers/der gerichtlich bestellten Betreuerin oder notariell beglaubigten Bevollmächtigten: Ich erkläre mich mit der weiteren Datenverarbeitung durch die St. Lukas-Klinik einverstanden: ☐Ja ☐Nein

.....

Diese Unterschrift ist ZWINGEND, falls eine gerichtlich bestellte Betreuung oder Bevollmächtigung für Gesundheitssorge, Aufenthaltsbestimmung, Behörden oder Verträge besteht! Falls Sie der weiteren Datenverarbeitung nicht zustimmen, kann Ihre Anfrage nicht weiterbearbeitet werden. In diesem Fall bitten wir darum, uns Ihre Anfrage gar NICHT erst zuzusenden!

Falls keine gerichtlich bestellte Betreuung oder Bevollmächtigung für Gesundheitssorge, Aufenthaltsbestimmung, Behörden oder Verträge besteht, so MUSS der Patient/die Patientin selbst unterschreiben, damit es zur Aufnahme kommen kann. Falls Sie der weiteren Datenverarbeitung nicht zustimmen, kann Ihre Anfrage nicht weiterbearbeitet werden. In diesem Fall bitten wir darum, uns Ihre Anfrage gar NICHT erstzuzusenden!

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin:

Ich erkläre mich mit der weiteren Datenverarbeitung durch die St. Lukas-Klinik einverstanden: ☐Ja ☐Nein

.....

1. Disability Assessment Schedule (DAS)

(Holmes, Shah, Wing 1982, übersetzt und
modifiziert von Meins und Turnier 1993, Auwetter 1998)

Disability Assessment Schedule (DAS) Teil 1

I. Kontinenz (beinhaltet auch Einnässen/ Einkoten bedingt durch Anfälle)

Frage: "Ist er/sie sauber und trocken? Wie oft näßt/kotet er/sie ein?"

Nächtliches Einnässen **(1)_____**

1 fünf bis siebenmal pro Woche
2 drei bis viermal pro Woche
3 zweimal pro Woche
4 einmal pro Woche oder seltener
5 niemals

Nächtliches Einkoten **(2)_____**

1 fünf bis siebenmal pro Woche
2 drei bis viermal pro Woche
3 zweimal pro Woche
4 einmal pro Woche oder seltener
5 niemals

Einnässen am Tag **(3)_____**

1 fünf bis siebenmal pro Woche
2 drei bis viermal pro Woche
3 zweimal pro Woche
4 einmal pro Woche oder seltener
5 niemals

Einkoten am Tag **(4)_____**

1 fünf bis siebenmal pro Woche
2 drei bis viermal pro Woche
3 zweimal pro Woche
4 einmal pro Woche oder seltener
5 niemals

Toilettenbenutzung **(5)_____**

1 muss täglich zur Toilette gebracht werden
(auch wenn verbale Ermahnung ausreicht, bewerten Sie mit 1)
2 fragt von sich aus danach, ob er/sie die Toilette aufsuchen soll
3 geht von sich aus

II. Selbsthilfefertigkeiten

Frage: "Ist er/sie fähig, sich selbst zu waschen, anzukleiden, zu essen?"

Essen **(6)_____**

1 muss gefüttert werden
2 braucht Hilfe
3 ohne Hilfe (bewerten Sie nur dann mit 3, wenn er/sie ohne
unnötige Beschmutzung, im üblichen Zeitraum und unbeaufsichtigt
isst und das Essen nicht besonders zubereitet werden muss, nachdem
es die Küche verlassen hat)

Waschen **(7)_____**

1 nicht alleine möglich
2 braucht Hilfe
3 ohne Hilfe (bewerten Sie mit 3, wenn ein Mann sich
selbst waschen kann, aber rasiert werden muss)

Ankleiden **(8)_____**

1 nicht alleine möglich
2 mit Hilfe
3 ohne Hilfe, aber er/sie kann Schuhe nicht binden
4 ohne Hilfe

III. Kommunikation

Art und Weise der Kommunikation **(9)____**

Frage: "Kann er/sie sprechen oder Gesten machen? Wie teilt er/sie mit, was er/sie möchte?"

1 spricht wenig, überhaupt nicht oder nur bedeutungslose Echolalien
2 einige bestimmte Laute oder Gesten, z.B. an der Hand ziehen oder auf etwas zeigen
3 hauptsächlich Gesten und mimische Zeichen
4 Mischung aus Sprache und Gesten
5 kann sich durch ausschließlichen Gebrauch von Sprache verständlich machen

1. Disability Assessment Schedule (DAS)

(Holmes, Shah, Wing 1982, übersetzt und modifiziert von Meins und Turnier 1993, Auwetter 1998)

Kommunikationsverständnis (für Sprache, Gesten, Zeichen usw.) **(10)____**

Frage: "Ist er/sie fähig, Anweisungen zu verstehen?
Versteht er/sie, wenn er/sie zu Dingen befragt wird, die er/sie getan hat?"

1 wenig oder gar nicht
2 versteht einfache Anordnungen (z.B. "Komm her", "Setz Dich")
3 versteht die für alltägliche Abläufe nötigen Instruktionen
4 versteht Bemerkungen, Fragen und Instruktionen bezüglich persönlicher Bedürfnisse und Erfahrungen (z.B. "Hat Dir der Ausflug gefallen?")
5 versteht Informationen, die außerhalb seiner/ihrer unmittelbaren Erfahrung liegen (z.B. Hauptpunkte der Nachrichten)

Kommunikationsgebrauch (Sprache, Gesten, Zeichen usw.) **(11)____**

Frage: "Kann er/sie um Dinge bitten, die er/sie möchte?
Kann er/sie über Dinge sprechen, die er/sie getan hat?"

1 wenig, gar nicht oder bedeutungslose Echolalien
2 benutzt einige Wörter und Zeichen (z.B. "Hallo", "Auf Wiedersehen", "Trinken")
3 benutzt Worte oder Zeichen für praktische Bedürfnisse
4 benutzt Worte und Zeichen, um über seine/ihre persönlichen Erfahrungen zu berichten (z.B. erzählt er/sie habe neue Kleidung, sei spazieren gewesen, jemand habe etwas falsch gemacht)
5 kann sich über Dinge unterhalten (verbal oder mit Zeichen), die außerhalb seiner/ihrer unmittelbaren persönlichen Erfahrung liegen (z.B. über die Familie eines Bekannten)

Aussprache (bewerten Sie keine bedeutungslosen Echolalien) **(12)____**

Frage: "Wie deutlich spricht er/sie? Wie gut ist er/sie zu verstehen?"

0 nicht genug spontanes Sprechen, um es bewerten zu können oder ausschließlich bedeutungslose Echolalien
1 schwer zu verstehen, sogar für Bezugspersonen
2 einfach zu verstehen für Bezugspersonen, schwer für andere
3 deutlich genug, um von jedem verstanden zu werden

IV. Fertigkeiten

Lesen **(13)____**

Frage: "Kann er/sie einige Wörter lesen?"

1 versteht keine geschriebenen Wörter
2 kann den eigenen Namen erkennen
3 kann Wörter Bildern zuordnen
4 kann bis zu zehn gebräuchliche Wörter erkennen
5 kann einfache Lesebücher (z.B. Fibel) lesen und verstehen
6 kann Bücher für Kinder ab sieben Jahre lesen und verstehen
7 liest aus eigenem Antrieb

Schreiben **(14)____**

Frage: "Kann er/sie einige Buchstaben oder Wörter schreiben?"

1 nichts dergleichen
2 schreibt einige Buchstaben mit Vorlage (bewerten sie mit 1, wenn nur der eigene Name geschrieben werden kann)
3 schreibt einige Wörter mit Vorlage
4 schreibt einige Buchstaben ohne Vorlage
5 schreibt einfache Wörter ohne Vorlage
6 schreibt zwölf oder mehr Wörter ohne Vorlage
7 schreibt einen kurzen Brief aus eigenem Antrieb

Zählen und Geld **(15)____**

Frage: "Kann er/sie zählen? Kann er/sie mit Geld umgehen?"

1 überhaupt nicht
2 kann zumindest vier Teelöffel, drei Tücher, fünf Teller usw. heraussuchen
3 kann mit Geld einkaufen geschickt werden. Macht von sich aus kleine Einkäufe. Falls alt genug: verwaltet selbst sein/ihr Taschengeld oder Einkommen

Fähigkeiten im Haushalt **(16)____**

Frage: "Hilft er/sie beim Saubermachen, Aufräumen, Abwaschen usw.?")

1 überhaupt nicht
2 manchmal unter Anleitung
3 hilft gut mit und benötigt wenig oder keine Anleitung

Auswertung: 63-71 P = F70 (leichte IM), 49-62 P = F71 (mittelgradige IM), 31-48 P = F72 (schwere IM), 15-30 P = F73 (schwerste IM)

Einwilligung zur psychiatrischen Behandlung in der St. Lukas-Klinik

Ich bin gerichtlich bestellter Betreuer/gerichtlich bestellte Betreuerin für:

Name, Vorname, geb.: …….

Für folgende Bereiche bin ich gerichtlich bestellter Betreuer/gerichtlich bestellte Betreuerin:

☐Gesundheit ☐Aufenthalt

Eine Kopie des Betreuerausweises/Urkunde/Vollmacht liegt bei.
Ohne dieses Dokument ist eine Behandlung nicht möglich.

Hiermit erkläre ich mich mit der stationären psychiatrischen Behandlung meines/meiner Betreuten durch die St. Lukas-Klinik einverstanden.

Ich entbinde das Behandlungsteam der St. Lukas-Klinik gegenüber der Wohngruppe/Angehörigen/sozialen Betreuern/Behörden* von der Schweigepflicht zur Weitergabe der Behandlungsergebnisse.

Ich nehme zur Kenntnis und bestätige, dass im Rahmen der Behandlung psychiatrische Medikamente eingesetzt werden können. Im Laufe der Behandlung müssen wir mit Ihnen als gerichtlich bestellten Betreuer/Betreuerin ggf. Rücksprache halten können. Wir bitten Sie daher, für uns erreichbar zu sein (am besten mobil), da sich die notwendige Behandlung ansonsten unnötig verzögern könnte. Sollten Sie verhindert sein, benennen Sie uns bitte einen Vertreter/eine Vertreterin. Bei Nichterreichbarkeit muss die Behandlung ggf. abgebrochen werden.

Name des gerichtlich bestellten Betreuers/Betreuerin……

Mobil.: ……

Festnetz: ……

Aktuelle Adresse: ……

E-Mail:……

Darf die E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme durch die St. Lukas-Klinik verwendet werden?
☐ *Ja* ☐ *Nein*
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich hierbei um keine verschlüsselte E-Mail-Kommunikation handelt und es aus diesem Grund zu Einschränkungen bei der sicheren Übertragung von E-Mails kommt. Besondere Kategorien personenbezogener Daten i. S. d. § 4 Nr. 2 KDG werden nur in verschlüsselten Anlagen versandt.

Diese Einverständniserklärung und die Kopie des Betreuerausweises sind Teil der Patientenakte und werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gepflegt.

…… Datum

…… Unterschrift gerichtlich bestellter Betreuer/ gerichtlich bestellte Betreuerin

*Nicht Zutreffendes bitte streichen

St. Lukas-Klinik

Stationäre Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters

Chefärztin:
Gudrun Bungard

Ihre Ansprechpartnerin:
Constanze Moser
Tel.: +49 7542 10-5320
E-Mail: constanze.moser@stiftung-liebenau.de

Liebenau Kliniken
gemeinnützige GmbH
Siggenweilerstraße 11
88074 Meckenbeuren
Tel.: +49 7542 10-5351
kliniken@stiftung-liebenau.de
www.stiftung-liebenau.de

Geschäftsführung
Alfons Ummenhofer
Tobias Holeczek

Amtsgericht
Ort Ulm HRB 631329
Sitz: Meckenbeuren
IK = 260 841 508
USt-IdNr. DE 205 870 338

Bankverbindung
Sparkasse Bodensee
IBAN: DE83 6905 0001 0020 1474 76
BIC: SOLADES1KNZ

Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V
Anlage 1a

Nur von gesetzlich krankenversicherten Personen auszufüllen!

Vor- und Zuname der Patientin/des Patienten _____

Geburtsdatum der Patientin/des Patienten _____

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispiels- weise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unter- stützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/ Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.

- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt recht- mäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Fragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhauspersonal oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.

_____

Datum und Unterschrift der Patientin / des Patienten

Ich handele / Wir handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht als gesetzliche Vertretung/Betreuung:

_____

Vor- und Zuname aller Vertreter bzw. Sorgeberechtigten (bitte in lesbaren Druckbuchstaben)

_____

Datum und Unterschrift aller Vertreter bzw. Sorgeberechtigten

Einwilligung zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V
Anlage 1b

Nur von gesetzlich krankenversicherten Personen auszufüllen!

Vor- und Zuname der Patientin/des Patienten _____

Geburtsdatum der Patientin/des Patienten _____

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus 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 weiterbehandelnden Ärzte, an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten etc.

☐ Ja ☐ Nein

Angaben zu Ziffer 2 sind 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 das Krankenhaus 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 Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/ Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

☐ Ja ☐ Nein

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

_____

Datum und Unterschrift der Patientin / des Patienten

Ich handele / Wir handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht als gesetzliche Vertretung/Betreuung:

_____

Vor- und Zuname aller Vertreter bzw. Sorgeberechtigten (bitte in lesbaren Druckbuchstaben)

_____

Datum und Unterschrift aller Vertreter bzw. Sorgeberechtigten