

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind zu einer lückenlosen Dokumentation Ihrer Behandlung gesetzlich verpflichtet. Die Verarbeitung Ihrer Daten und Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses erfolgen ebenfalls im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen. Alle übrigen Datenübermittlungen dienen dazu, Sie medizinisch bestmöglich zu versorgen und bedürfen ggf. Ihrer schriftlichen Einwilligung. Um diese bitten wir Sie hiermit und informieren Sie darüber umfassend in der Datenschutzerklärung des Krankenhauses.

Nr. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu folgenden Punkten Ihr Einverständnis:	
1.	Ich gestatte die Datenverarbeitung im Rahmen der Radiologischen Arbeitsgemeinschaft des Krankenhauses
2.	Ich bin mit Bilddokumentationen zu Behandlungs- und Dokumentationszwecken bei Bedarf einverstanden

Nr. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu den angekreuzten Punkten Ihr Einverständnis	JA	NEIN
3. Ich gestatte die Weiterleitung von Daten an den bekanntgegebenen privaten Kostenträger		
4. Ich entbinde den Kostenträger bzw. Sozialleistungsträger von seiner Schweigepflicht gegenüber uns		
5. Ich gestatte die Übermittlung der Behandlungsdaten an bekanntgegebene Hausärzte/Fachärzte		
6. Ich gestatte die Übermittlung meiner Behandlungsdaten durch bekanntgegebene Hausärzte/Fachärzte		
7. Ich gestatte Auskünfte über Befunde und Behandlungen an die benannten Vertrauenspersonen		
8. Ich gestatte das Tragen eines Patientenarmbandes während des stationären Krankenhausaufenthalts		
9. Ich gestatte die Weitergabe meiner Aufenthaltsdaten an Krankenhauseelsorger bei stationärem Aufenthalt		
10. Ich gestatte die Auskunft über meine Anwesenheit und Durchwahlnummer im Krankenhaus an Besucher und anfragende Anrufer während des Aufenthalts		
11. Ich gestatte die interne Weiterleitung an die Abteilung Spenden und Unternehmenskommunikation		
12. Hiermit gestatte ich die Weiterleitung dieser Einwilligungserklärung bei Schweigepflichtentbindung		
⇒ Ich erteile hiermit meine Einwilligung zu ALLEN vorgenannten Punkten 3. – 12.		

Wir weisen darauf hin, dass wir unseren Behandlungsauftrag Ihnen gegenüber nur erfüllen können, wenn Sie hiermit zu den Punkten 1-2 Ihr Einverständnis geben.

Die Datenschutzerklärung der Klinik wurde mir ausgehändigt und erläutert. Ich/Wir erkläre/n mich/uns hiermit widerruflich¹⁾ nach Maßgabe der vorstehenden Erklärungen mit den Bedingungen der Datenschutzerklärung des Krankenhauses einverstanden. Insbesondere ist mir bewusst, dass die DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH die über mich gespeicherten Daten für eine Zeit von mindestens 30 Jahren zur Verfügung hält.

Hannover, den _____

Name, Vorname und Unterschrift Patient/in

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter²⁾

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter²⁾

1)Widerrufserklärungen bitte schriftlich an: DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH · Abt. Patientenmanagement · Marienstraße 72-90 · 30171 Hannover
Telefon: 0511-129-0, eMail-Adresse: Patientenmanagement.dkr@Diakovere.de

2) Gesetzliche Vertreter handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht i.S. d. § 164 BGB