



Name, Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer: PLZ, Wohnort:

Schweigepflichtentbindung und Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

(Grundlage)

Der Deutsche Arbeitskreis für Familienhilfe e.V. erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten und besondere personenbezogene Daten wie Gesundheitsdaten (z.B. Diagnose, Befunde, Therapieziele, Maßnahmenverlauf, Therapieergebnis und Abschlussbefund, Maßnahmenempfehlung) sowie Sozialdaten (z. B. Krankenversicherungsnummer) zur Leistungserbringung im Rahmen der Vorsorge-/Reha-Maßnahmen sowie zu deren verwaltungsmäßiger Abwicklung und Qualitätssicherung. Die im Rahmen des Behandlungsvertrages erforderlichen Daten werden in einem Krankenhausinformationssystem und EDV-Verfahren automatisiert verarbeitet. Im Wartungs- oder Störfall wird eine Fremdfirma zur Fehlerbehebung hinzugezogen.

(Entbindung von der Schweigepflicht)

Zu diesen Zwecken entbinde ich im Rahmen der Vorsorge-/Reha-Maßnahme meine mich behandelnden Ärzte und deren berufsmäßig tätigen Gehilfen sowie Auszubildenden von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Beratungsstelle, dem Kostenträger, dem einweisenden Arzt und den mit der Verarbeitung personenbezogener Daten Beschäftigten des Deutschen Arbeitskreises für Familienhilfe e.V.

(Einwilligung zur Datenübermittlung)

Zugleich willige ich in die Übermittlung meiner personenbezogenen und besonderen personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheits- und Sozialdaten an die Beratungsstelle, den Kostenträger sowie den einweisenden Arzt zu den oben genannten Zwecken ein.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Fachklinik die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten / Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Fachklinik, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Unterlagen aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Die Fachklinik wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt wurden.

Ja []

Nein []

(Gültigkeit für die Daten der Kinder)

Die Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligung zur Übermittlung der o.g. Daten zu den o.g. Zwecken wird zugleich für mein minderjähriges Kind erklärt. Die Erklärung erfolgt unabhängig von einer ggf. durch mein minderjähriges Kind selbst zu erklärenden Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenübermittlung.

(Widerrufsmöglichkeiten & Gültigkeit dieser Entbindung/Einwilligung)

Die Erklärungen über die Schweigepflichtentbindung sowie die Einwilligung zur Datenübermittlung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich von mir gegenüber dem Deutschen Arbeitskreis für Familienhilfe e.V. widerrufen werden. Ein solcher Widerruf hat jedoch keine Auswirkungen auf die Rechte und Verpflichtungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten, insbesondere personenbezogenen Gesundheits- und Sozialdaten, die sich aus den gesetzlichen Vorschriften ergeben. Nach Abschluss der Vorsorge-/Reha-Maßnahme einschließlich Abrechnung und Übermittlung des ärztlichen Entlassungsberichtes entfällt die Wirkung der Erklärungen automatisch.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen

Bei Fragen zu dieser Entbindung/Einwilligung wenden Sie sich bitte an unsere Datenschutzbeauftragte.
Die Kontaktdaten erhalten Sie an der Rezeption oder im Internet unter: www.ak-familienhilfe.de/datenschutz