

Patientenaufkleber



St. Elisabeth-  
Krankenhaus  
Köln-Hohenlind

## Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h,  
Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja       Nein

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

Ja       Nein

Mein **Hausarzt** ist: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des **Hausarztes**)

---

## Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor-/Weiterbehandlern

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

- Vorbehandler  
 Weiterbehandler  
 \_\_\_\_\_ (sonstigen Behandler)

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem

- Vorbehandler  
 \_\_\_\_\_ (sonstigen Behandler)

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein **Vorbehandler** ist: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

Mein **Weiterbehandler** ist: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

Mein **sonstiger Behandler** ist: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

### **Ihre Einwilligung ist freiwillig.**

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Hausarzt/Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)