

**Bitte unterschrieben an die  
Klinik zurücksenden**

### **Hinweis auf die Datenverarbeitung**

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Klinik abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten verarbeitet werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung) übermittelt werden können.

Ausführliche Information zur Datenverarbeitung finden Sie bei den Pflegestützpunkten am Schwarzen Brett.

Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass auf meine Daten im Rahmen erforderlicher Fernwartungen durch Dritte zugegriffen werden kann. Die technische Betreuung unserer IT-Systeme wird durch einen externen IT-Dienstleister im Rahmen einer Auftragsverarbeitung gewährleistet. Die Mitarbeitenden des IT-Dienstleisters sind auf den Datenschutz besonders verpflichtet, soweit die Möglichkeit eines Zugriffs auf Patientendaten besteht. Es handelt sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (gesetzlich Versicherten, Heilfürsorgeberechtigten, Selbstzahlenden) variieren können:

- 1) Name der versicherten Person,
- 2) Geburtsdatum, Familienstand,
- 3) Anschrift, ggf. E-Mail-Adresse sowie Telefonnummer,
- 4) Geschlecht,
- 5) Staatsangehörigkeit,
- 6) Krankenversicherungsnummer bzw. Rentenversicherungsnummer,
- 7) Versichertenstatus, Krankenkasse, Kostenträger,
- 8) den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Rehabilitationsmaßnahme sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen des Kostenträgers die medizinische Begründung,
- 9) Datum und Art der jeweils in der Klinik durchgeführten Therapien, Medikationen,
- 10) den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose, ggf. aktuelle Beschwerden, Befunde,
- 11) Angaben über die durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
- 12) Angaben zu Begleitpersonen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift Rehabilitandin/ Rehabilitand