



## **Hausarztzentrierte Versorgung: Versorgungsmanagement**

### **Merkblatt für Patienten**

Der Gesetzgeber möchte, dass nach Krankenhausaufenthalten ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sichergestellt wird, um Pflegebedürftigkeit und Wiedereinweisung möglichst zu vermeiden und, wenn nötig, vernünftig abzustimmen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Dies setzt einen Informationsaustausch zwischen dem Krankenhaus, dem Hausarzt und der Krankenkasse, eventuell auch mit anderen Fachärzten, Rehabilitations-, Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen und Pflegeberatern voraus. Ob dies so sein soll und wer im Einzelnen daran beteiligt sein soll, können Sie bestimmen. Sie werden dazu von Ihrem Hausarzt und von Ihrer Krankenkasse eingehend unterrichtet und beraten.

Unter den dann beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Krankenkasse - und soweit erforderlich von Ihrer Pflegekasse - werden Ihre konkreten Daten zur stattgefundenen stationären Behandlung und deren Gründen und Ergebnissen (Befunde, Diagnosen, Empfehlungen) im jeweils erforderlichen Umfang

- zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand
- zur Medikation
- zu Ihrer Arbeitsfähigkeit
- zur Pflege, Rehabilitation und Wiedereingliederung
- und soweit erforderlich zu ihrer sozialen Situation übermittelt.

**Alle Beteiligten unterstehen dem Arztgeheimnis oder dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten bleiben folglich verlässlich innerhalb des von Ihnen und Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse bestimmten Kreises und werden ausschließlich zweckgebunden verwendet, sodass ein Missbrauch Ihrer Daten ausgeschlossen ist.**

### **Einwilligung zum Austausch der Patientendaten**

**Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und erkläre hiermit meine Einwilligung zum Austausch der mich betreffenden Patientendaten im erforderlichen Umfang unter den Stellen, die am konkreten Versorgungsmanagement beteiligt sind.**

**Mein Hausarzt wird die grundlegenden Datenübermittlungen mit mir abstimmen. Ich überlasse ihm dann die konkrete Einzelentscheidung in den hier beschriebenen Grenzen, welche Daten an welche Stellen übermittelt werden.**

**Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Begründung mit sofortiger Wirkung gegenüber meinem Hausarzt widerrufen kann. Der Widerruf ändert aber nichts an der Rechtmäßigkeit des bis dahin erfolgten Datenaustauschs.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters