
Einverständnis-/ Datenschutzerklärung und Schweigepflicht-Entbindung
zur Durchführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
gemäß §37b Sozialgesetzbuch V

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass

bei mir bei meinem/meiner Angehörigen bei dem/der von mir betreuten Patienten/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch das Palliative-Care-Team Leuchtturm erbracht werden. Ich erlaube den damit verbundenen Informationsaustausch des Palliative-Care-Team Leuchtturm und seinen Netzwerkpartnern gemäß dem Betreuungs- und Versorgungskonzept des Palliative-Care-Team Leuchtturm.

Mir ist bekannt, dass die Behandlung durch Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Leistungserbringer in der SAPV dokumentiert werden muss. Die Dokumentation enthält neben medizinischen auch soziale und private Angaben, die allesamt einer gesetzlichen Geheimhaltungspflicht unterliegen.

Ich willige ein, dass die an der Versorgung beteiligten Dienstleister zur Abstimmung und Koordination meiner Versorgung und Behandlung von der Schweigepflicht entbunden werden.

Die dokumentierten Daten werden – sofern notwendig – an die Leistungserbringer sowie an meine Krankenkasse zur Sicherung meiner Versorgung weitergeleitet. Ich stimme zu, dass der Informationsaustausch auch per Fax oder mittels elektronischer Post (E-Mail oder Messenger Dienste) auch unverschlüsselt erfolgen darf.

Ich stimme zu, dass von mir/ meinem Angehörigen/ meinem betreuten Patienten gemachte Fotografien zu Dokumentations- und Fortbildungszwecken in anonymisierter Form gespeichert und verwendet werden dürfen.

Zu Qualitätssicherungs- und Forschungszwecken zur Verbesserung der Palliativversorgung bin ich mit der Übergabe der Daten an den Fachverband SAPV Hessen e.V. einverstanden. Die Daten werden in pseudonymisierter Form weitergeleitet. Sollte ich mein Einverständnis zurückziehen, werden meine Daten nicht weitergeleitet.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung freiwillig ist und diese jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Mir ist bewusst, dass ich Teile dieser Erklärung streichen und diese Erklärung gegenüber einzelnen Personen oder in Bezug auf einzelne Sachverhalte generell und jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Den Widerruf richte ich in schriftlicher Form an das Palliative-Care-Team Leuchtturm, Sudetenstraße 3, 64521 Groß-Gerau. Der Widerruf gilt nicht für die gesetzlich geregelte Aufbewahrungspflicht patientenbezogener Daten.

Das Recht auf Löschung meiner Daten besteht, sofern die Daten nicht der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht patientenbezogener Daten unterliegen.

Ich wurde über mein Recht zur Auswahl von Leistungserbringern (z.B. Apotheke, Sanitätshaus usw.) aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)

Unterschrift Mitarbeiter(in) PCT Leuchtturm

Bei Patienten im Pflegeheim, bei denen keine Zuzahlungsbefreiung für Medikamente und Hilfsmittel vorliegt, lautet die Rechnungsadresse:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort