



**Behandlungsvertrag
über die ambulante Behandlung
in der Psychiatrischen Institutsambulanz**

**Psychiatrisches Zentrum
Nordbaden**

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Heidelberg

Ambulanzzentrum

Ärztliche Leiterin
Jean Keller

Heidelberger Straße 1a
69168 Wiesloch
Telefon 06222 55-2600
Telefax 06222 55-1893
E-Mail ambulanzzentrum@pzn-
wiesloch.de

Zwischen

Herr Mustermann, Muster

Geburtsdatum: 23.07.1977

Adresse: Neustr. 12, 69168 Wiesloch

und dem

Psychiatrischen Zentrum Nordbaden / Psychiatrische Institutsambulanz

Hinweis:

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz vorhanden ist, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die ambulante Krankenhausleistung verpflichtet.

Wiesloch, den 19.04.2021

Unterschrift Patient*in

Unterschrift des Krankenhausmitarbeitenden

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzliche*r Vertreter*in / Betreuer*in

Name, Vorname Vertreter*in Anschrift Vertreter*in

Unterschrift Vertreter*in

Erklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von Daten

Patient/-in: Mustermann, Muster

geb.: 23.07.1977

Betreuer*in/Bevollmächtigte*r: _____

Name, Vorname Betreuer*in / Bevollmächtigte*r:

Ich erkläre mein Einverständnis bzw. das Einverständnis für meine*n Betreute*n / Angehörige*n, dass

- in der Psychiatrischen Institutsambulanz die Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Die geltenden Datenschutzrichtlinien nach der europäischen Datenschutzverordnung werden hierbei berücksichtigt und eingehalten.
- der behandelnde Arzt/Psychologe der Psychiatrischen Institutsambulanz des PZN Wiesloch (bzw. dessen Stellvertreter) die Krankenakte des PZN Wiesloch (stationärer Verlauf) einsehen darf.
- Gemäß der 2018 in Kraft getretenen europäischen Datenschutzverordnung gelten viele elektronische Datenübertragungssysteme als nicht sichere Verbindungen, über die personenbezogene und vor allem gesundheitsbezogene Daten nicht mehr übertragen werden dürfen.

In ausdrücklicher Kenntnis dieser Bestimmungen bin ich weiterhin mit der elektronischen Datenübertragung per Fax zwischen der Psychiatrischen Institutsambulanz und anderen Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken sowie komplementären Einrichtungen (Bsp. Ihr Pflegeheim) einverstanden.

- Einverstanden
 Nicht einverstanden

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

Wiesloch, den 19.04.2021

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Betreuer*in /Bevollmächtigte*r

Datenschutzbeauftragte des Krankenhauses

Der Krankenhausträger hat Datenschutzbeauftragte bestellt.

Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

Nico Link; E-Mail: Datenschutz@PZN-Wiesloch.de, Tel. 06222 552016

Datenübermittlung zwischen Haus- und/oder weiterbehandelndem Arzt oder Kranken- haus/Ambulanz

(Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Patient/-in: Mustermann, Muster
geb.: 23.07.1977
Adresse: Neustr. 12, 69168 Wiesloch

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus/Ambulanz die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Haus- und/oder weiterbehandelndem Arzt 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

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Mein **Haus- bzw. weiterbehandelnder** Arzt ist:

(Name und Anschrift des Arztes)

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 Arzt und Krankenhaus/ Ambulanz 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.

Wiesloch, den 19.04.2021

Unterschrift Patienten *in

Ich handle als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzliche*r Vertreter*in / Betreuer*in

Name, Vorname Vertreter*in Anschrift Vertreter*in

Unterschrift Vertreter*in

Datenschutzbeauftragte des Krankenhauses

Der Krankenhausträger hat Datenschutzbeauftragte bestellt.

Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

Nico Link; E-Mail: Datenschutz@PZN-Wiesloch.de, Tel. 06222 552016