

Einschreibung in das Netzwerk der Pro Patient Management GmbH

DES PATIENTEN

(vollständiger Name und Anschrift)

Das Netzwerk Pro Patient Management GmbH ist ein Zusammenschluss folgender regional tätiger Leistungserbringer, die es sich zum Ziel gesetzt haben, Patienten im ambulanten und stationären Bereich eine koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten. Die Netzwerkpartner der Pro Patient Management GmbH arbeiten Hand in Hand – gerade auch beim oft schwierigen Übergang von der stationären- in die ambulante Versorgung.

Aufgrund des großen Leistungsspektrums der einzelnen Netzwerkpartner werden Sie mit besonders hoher Qualität durch speziell qualifizierte Fachkräfte beraten und versorgt. Dies bietet Ihnen ein hohes Maß an Unterstützung und Sicherheit. Alle einzelnen Partner des Netzwerkes der Pro Patient Management GmbH verfügen über die erforderlichen Qualifikationen, Zertifizierungen und Voraussetzungen zur Versorgung in ihren jeweiligen Tätigkeitsbereichen. Im Hinblick auf Ihren Versorgungsbedarf, der verschiedenste Leistungsbereiche betreffen kann, stimmen sich die Partner untereinander ab, kommunizieren mit Ihrem Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten und gewährleisten so ein Rundum-Paket.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass die Koordination meiner Versorgung durch das Netzwerk der Pro Patient Management GmbH gewünscht ist. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen bzw. auch auf einzelne Teilnehmer des Netzwerkes beschränken.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die zur oben genannten Versorgung erforderlichen Daten (z. B.: (vorläufiger) Entlassbrief; Bilddokumentation, diagnosebezogene Daten etc.) von dem Netzwerk der Pro Patient Management GmbH an die Partner des Netzwerkes sowie zwischen diesen Partnern untereinander zur Sicherstellung der Versorgung erhoben, verarbeitet, genutzt und weitergegeben sowie bei dem jeweils anderen Netzwerkpartner verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis und nur aufgrund meiner Einwilligung erfolgt. Ferner wurde mir erläutert, dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit den Folgen, dass das Netzwerk der Pro Patient Management GmbH die Koordinationsleistungen nicht vornehmen darf und wird. Mir steht das Recht auf Auskunftersuchen gegenüber dem Netzwerk der Pro Patient Management GmbH über meine personenbezogenen Daten sowie deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu. Ebenso habe ich ein Recht auf die Übertragbarkeit meiner Daten. Überdies wurde mir erklärt, dass meine Daten nach Beendigung des Vertragsverhältnisses und Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht werden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ebenso kann ich mich im Falle einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient