

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG UND VOLLMACHT

SOZIALMEDIZINISCHE KOORDINATION

Zweck der Einwilligung und Vollmacht

Die sozialmedizinische Koordination dient dazu, die Versorgung von Patientinnen und Patienten über verschiedene Akteure hinweg zu organisieren und sicherzustellen (z. B. Spital, Hausarzt, Spitex, soziale Dienste, Pflegeinstitutionen).

Ziel ist eine kontinuierliche, abgestimmte und bedarfsgerechte Betreuung, insbesondere bei Übergängen (z. B. Spitalaustritt, Eintritt in Pflegeinstitutionen oder ambulante Versorgung).

Beteiligte Stellen

Ich ermächtige folgende Stellen, meine Daten im Rahmen der Koordination einzusehen, zu bearbeiten und weiterzugeben:

- Sozialmedizinische Koordinationsstelle
- Spital / behandelndes medizinisches Fachpersonal
- Hausärztin / Hausarzt
- Spitex / ambulante Pflege
- Pflegeheime oder andere betreuende Institutionen
- Weitere an der Versorgung beteiligte Fachstellen

Freiwilligkeit und Widerruf

- Die Einwilligung ist freiwillig.
- Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen.
- Der Widerruf gilt ab Zeitpunkt des Eingangs und hat keine negativen Auswirkungen auf meine Behandlung.

Rechte der betroffenen Person

- Recht auf Auskunft über die erfassten Daten
- Recht auf Berichtigung unvollständiger oder unkorrekter Angaben
- Recht auf Einschränkung der Weitergabe an bestimmte Stellen
- Recht auf Löschung der Daten, soweit rechtlich zulässig

Datenschutz

Die Bearbeitung meiner Daten erfolgt gemäss den geltenden Datenschutzbestimmungen (insbesondere nDSG, SR 235.1).

Die Daten werden nur so lange aufbewahrt, wie es für den Zweck der Koordination erforderlich ist oder gesetzlich vorgeschrieben ist.

Mehr Informationen:



Referenzdokument "Koordination ist Care"
Anamneseraster "Der Staffelstab"



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG UND VOLLMACHT

SOZIALMEDIZINISCHE KOORDINATION

Einwilligung zur Datenbearbeitung und -weitergabe

Ich willige ein, dass im Rahmen der sozialmedizinischen Koordination meine personenbezogenen und besonders schützenswerten Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) erhoben, bearbeitet und zwischen den beteiligten Stellen ausgetauscht werden. Dazu gehören insbesondere:

- Personalien und Kontaktangaben
- Medizinische Informationen (Diagnosen, Therapien, Medikamente)
- Pflegebezogene Informationen
- Austrittsplanung
- Soziale und organisatorische Informationen (Wohnsituation, Unterstützungssysteme)
- Administrative Daten (Versicherung)

Die Weitergabe erfolgt ausschliesslich zum Zweck der Koordination meiner Versorgung.

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich die sozialmedizinische Koordinationsstelle ausdrücklich:

- notwendige Informationen bei den oben genannten Stellen einzuholen
- relevante Unterlagen (z. B. Berichte, Gutachten, Austrittsberichte) einzusehen und anzufordern
- Informationen im Rahmen der Koordination an berechnigte Stellen weiterzugeben
- in meinem Namen Abklärungen zur Organisation meiner Versorgung zu treffen

Diese Vollmacht dient ausschliesslich der Koordination meiner medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung.

Bestätigung

Ich habe die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden und erkläre mich mit der beschriebenen Datenbearbeitung und Vollmacht einverstanden.

Name _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Optionale Einschränkungen (bitte ankreuzen falls gewünscht)

Ich bin nur mit der Weitergabe an folgende Stellen einverstanden:

Ich wünsche keine Weitergabe von Abschnitt H (laufende Notizen) and externe Stellen.

Sonstiges:

Mehr Informationen:

info@gesundheitsnetz-emmental.ch
www.gesundheitsnetz-emmental.ch
[+41 34 421 11 00](tel:+41344211100)

