

## Hinweis auf die Datenverarbeitung

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Klinik abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versicherungsstatus (Kassenpatient bzw. Selbstzahler) variieren können:

- Name
- Geburtsdatum
- Anschrift
- Krankenversicherungsnummer
- Versicherungsstatus
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme
- Einweisungsdiagnose, Dauer der Behandlung und ggf. medizinische Begründung
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung
- Angaben zu den jeweils durchgeführten Reha-Maßnahmen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Vertreter mit  
Vertretungsmacht