

Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht

1. Übermittlung des Entlassungsberichtes an Ihre Ärztin/ Ihren Arzt

Sind Sie damit einverstanden, dass nach Abschluss der Rehabilitation ein Arzt (Ihr behandelnder Arzt, Krankenhausarzt, Betriebs- oder Personalarzt) eine Ausfertigung des Entlassungsberichtes erhält?

1.1 ☐ nein, ich bin **nicht** einverstanden

1.2 ☐ ja, ich bin damit einverstanden. Bitte senden Sie den vollständigen Entlassungsbericht an:

2. Übermittlung von Daten aus dem ärztlichen Entlassungsbericht an Ihre Krankenkasse oder den MDK

2.1 ☐ Ich bin **kein** Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (die nachfolgenden Fragen müssen Sie nicht beantworten).

2.2 ☐ Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkassen (bitte füllen Sie die Erklärung bis zum Ende aus).

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Krankenkasse oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach Abschluss der Rehabilitation bestimmte Daten aus dem ärztlichen Entlassungsbericht – im Wesentlichen sind das Diagnosen, Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen und Angaben zur Arbeitsfähigkeit – erhält?

2.2.1 ☐ nein, ich bin damit **nicht** einverstanden

2.2.1 ☐ ja, ich bin damit einverstanden, dass die Daten aus dem Entlassungsbericht übermittelt werden an:

☐ meine Krankenkasse

☐ den MDK

3. Übermittlung des vollständigen Entlassungsberichtes an Ihre Krankenkasse oder den MDK

Sind Sie damit einverstanden, dass nach Abschluss der Rehabilitation Ihre Krankenkasse oder der MDK eine Ausfertigung des vollständigen Entlassungsberichtes erhält? Hinweis: Es erfolgt keine routinemäßige Übersendung des Entlassungsberichtes. Auch wenn Sie einwilligen, wird der vollständige Entlassungsbericht nur weitergegeben, wenn eine Anforderung der Krankenkasse oder des MDK vorliegt.

3.1 ☐ nein, ich bin damit **nicht** einverstanden

3.2. ☐ ja, ich bin damit einverstanden, dass eine Ausfertigung des Entlassungsberichtes übermittelt wird an:

☒ meine Krankenkasse

☐ den MDK

Erklärung zum Entlassmanagement

☐ Ich wünsche ein Entlassmanagement

☐ Ich wünsche **kein** Entlassmanagement

Bad Holzhausen,

Unterschrift des Patienten