

ALLGEMEINE EINWILLIGUNG IN STATIONÄRE BEHANDLUNG

Patient:	Geburtsnummer:
Krankenkasse (Zahlung):	Geburtsnummer:
Adresse:	Nummer des Patienten:
Telefon:	

A) Verzicht auf das Recht auf Unterrichtung über den Gesundheitszustand

Ich wünsche eine Unterrichtung über meinen Gesundheitszustand: JA/NEIN*

B) Aufzeichnung über die Einwilligungserklärung/fehlende Einwilligungserklärung des Patienten in die Unterrichtung über seinen Gesundheitszustand

Ich habe das Recht, jene Personen zu bestimmen, denen Informationen über meinen Gesundheitszustand gegeben werden können, einschließlich des Umfangs dieser Informationen, und jene Personen, denen keine Informationen gegeben werden dürfen. Ich habe das Recht, jene Personen zu bestimmen, die in meine medizinischen Unterlagen (nachfolgend „MU“) Einsicht nehmen und Auszüge oder Kopien davon erstellen dürfen. Es ist mir bewusst, dass im Falle der Verschlechterung meines Gesundheitszustands die angeführten Personen davon in Kenntnis gesetzt werden und ich wurde belehrt, dass ich eine Person bestimmen kann, die an meiner Stelle entscheidet, wenn ich im Hinblick auf meinen Gesundheitszustand nicht imstande sein sollte, meine Einwilligung zur Erbringung von medizinischen Dienstleistungen zu erteilen.

ICH SPRECHE DAS VERBOT AUS, Informationen über meinen Gesundheitszustand an **keine/die nachstehend*** angeführte Person zu geben:

ICH WILLIGE in die Mitteilung von Informationen über meinen Gesundheitszustand **nur an die nachstehend angeführten Personen** bei einem persönlichen Kontakt oder telefonisch nach Angabe des Kennworts **EIN**:

Vor- und Adresse/Telefon	Zuname/Beziehung	Telefonische Informationen	Einsichtnahme in MU	Erstellung von Auszügen/Kopien MU	Erteilung der Einwilligung zur Erbringung von medizinischen Dienstleistungen
		JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*
		JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*
		JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*
		JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*	JA/NEIN*

C) Einnahme von eigenen Arzneimitteln

Im Krankenhaus Na Homolce werden für Ihre Behandlung nur jene Arzneimittel verwendet, die Ihnen vom behandelnden Arzt im Krankenhaus Na Homolce verschrieben werden. **Ohne die Zustimmung des behandelnden Arztes dürfen keine Arzneimittel eingenommen werden.** Übergeben Sie deshalb alle Arzneimittel, die Sie in das Krankenhaus mitgebracht haben, dem Pflegepersonal. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus werden Ihnen die Arzneimittel zurückgegeben.

ICH BIN mit den oben angeführten Regeln für die Einnahme von Arzneimitteln einverstanden: JA/NEIN*

Ich habe Arzneimittel dabei: JA/NEIN*

D) Einwilligung zur Durchführung von einfachen ärztlichen Leistungen

Einfache Leistungen (Verbandwechsel, Spritzen usw.) werden bei Ihnen am Bett im Zimmer durchgeführt, wo Sie mit den anderen Patienten untergebracht sind.

ICH BIN mit der Durchführung von einfachen Handlungen gemäß den obigen Ausführungen einverstanden:

JA/NEIN*

E) Privatsphäre und personenbezogene Daten des Patienten

Studierende, die sich auf die Ausübung eines medizinischen Berufs vorbereiten und ihre Lehrer können bei Ihnen zu behandelnden und diagnostischen Leistungen anwesend sein und sie können in Ihre medizinischen Unterlagen Einsicht nehmen. Außerdem können in Ihre medizinischen Unterlagen die Mitglieder von Akkreditierungskommissionen und jene Personen Einsicht nehmen, die die Qualität der erbrachten Pflege überwachen und auswerten. Eine **eventuelle Verweigerung Ihrer Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Qualität der erbrachten medizinischen Dienstleistungen.**

ICH BIN mit der Anwesenheit der oben angeführten Personen und mit der Möglichkeit der Einsichtnahme in meine medizinischen Unterlagen durch sie **EINVERSTANDEN**:

JA/NEIN*

ICH BIN mit der Mitteilung von Informationen über meine Anwesenheit in der medizinischen Einrichtung **EINVERSTANDEN**:

JA/NEIN*

F) Einwilligung des Patienten zur Zuteilung des Beförderers des Krankenhauses Na Homolce

ICH BIN mit der Zuteilung des Beförderers des Krankenhauses Na Homolce **EINVERSTANDEN**, wenn der Arzt die Inanspruchnahme eines medizinischen Transportdienstes (Krankenwagen) empfohlen hat:

JA/NEIN*

G) Verbot von Filmaufnahmen

Ich wurde belehrt, dass im Krankenhaus Na Homolce die Aufzeichnung von Bild-, Ton- oder audiovisuellen Aufnahmen verboten ist, mit Ausnahme von jenen Fällen, bei denen dies aus medizinischen Gründen erfolgt. Für den Fall, das ich gegen dieses Verbot verstoßen sollte und durch die Verwendung der Aufzeichnung dem Krankenhaus Na Homolce oder einem Dritten ein Schaden entstehen sollte, verpflichte ich mich, den Schaden dem Krankenhaus Na Homolce (bzw. einem Dritten) in voller Höhe zu ersetzen.

H) Nutzung von eigenen Elektrogeräten

Ich erkläre, dass meine Elektrogeräte in einem solchen Zustand sind, der eine sichere Nutzung ermöglicht und ich übernehme die Haftung für entstandene Schäden (inkl. Personenschäden), die auf ihre mangelhafte Funktion zurückzuführen sind.

I) Rauchverbot

Ich wurde über das Rauchverbot im Areal des Krankenhauses Na Homolce belehrt. Die Raucherzone befindet sich im 2. OG neben dem weißen Aufzug im offenen Teil des Vestibüls.

J) Einwilligung des Patienten in stationäre Behandlung

Mir ist bewusst, dass meine personenbezogenen Daten zur Identifizierung meiner Person und des Weiteren zum Zweck der Erbringung von medizinischen Dienstleistungen, Führung der medizinischen Dokumentation und des Schutzes des Vermögens verwendet werden. Ich wurde mit der Hausordnung des Krankenhauses Na Homolce vertraut gemacht und ich bin mit deren Einhaltung einverstanden. Ich erkläre, dass ich über meine Rechte gemäß dem Gesetz Nr. 372/2011 Slg., über medizinische Dienstleistungen und Bedingungen für deren Erbringung, der Datenschutzgrundverordnung Nr. 2016/679 sowie des Gesetzes Nr. 101/2000 Slg., über den Schutz personenbezogener Daten belehrt wurde. Die Belehrungen bilden eine Anlage zu diesem Dokument. Ich erkläre, dass ich den Ärzten keine mir bekannten Angaben über meinen Gesundheitszustand, die meine Therapie beeinträchtigen oder meine Umgebung, insbesondere durch Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit bedrohen könnten, verschwiegen habe.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligungen jederzeit schriftlich abberufen oder ändern kann.

Aufgrund der oben bereitgestellten Informationen und nach eigenem Ermessen willige ich in die stationäre Behandlung im Krankenhaus Na Homolce ein:

JA/NEIN*

Prag, den _____

Unterschrift des Patienten

Wenn der Patient nicht unterzeichnen kann, unterzeichnet ein Zeuge, der bei der Willensäußerung anwesend war:

Vor- und Zuname des Zeugen:

Form der Willensäußerung des Patienten:

Grund für die Verweigerung der Unterzeichnung der Einwilligung:

Unterschrift des Zeugen

Ich erkläre, dass ich den Patienten in der oben angeführten Weise belehrt habe

Prag, den _____

Unterschrift des Empfangsmitarbeiters

BELEHRUNG DES PATIENTEN

Wir erlauben uns, Sie darauf hinzuweisen, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Krankenhaus Na Homolce (nachfolgend „KNH“) durch Datenschutzvorschriften geschützt ist. Wir verarbeiten im KNH Ihre personenbezogenen Daten, damit wir Ihnen eine angemessene Gesundheitsversorgung gewährleisten können und unseren gesetzlichen Pflichten nachkommen. Nähere Einzelheiten zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten erhalten Sie im Dokument **Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten der Patienten im KNH**, das auf unserer Website www.homolka.cz abrufbar ist. Dieses Dokument kann von Zeit zu Zeit aktualisiert werden. Sollten Sie vermuten, dass wir Ihre personenbezogenen Daten nicht richtig benutzen, zögern Sie nicht, sich an unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden: dpo@homolka.cz. Wir belehren Sie des Weiteren in Übereinstimmung mit dem Gesetz Nr. 372/2011 Slg., über medizinische Dienstleistungen und die Bedingungen für deren Erbringung, der Datenschutzgrundverordnung Nr. 2016/679 und dem Gesetz Nr. 101/2000 Slg., Datenschutzgesetz, in der gültigen Fassung wie folgt:

- a) der für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten Verantwortliche ist KNH, Id. Nr.: 00023884, mit Sitz in Prag 5 - Motol, Roentgenova 37/2, PLZ 150 30. Der Ort der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist der Sitz des KNH.
- b) Der Zweck der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Erhebung von Daten, die mit Ihrer Identifizierung und Ihrem Gesundheitszustand unmittelbar zusammenhängen, zum Zweck der Erbringung von medizinischen Dienstleistungen und zum Zweck der Führung von medizinischen Unterlagen. Personenbezogene Daten zur Identifizierung und Adresse werden zu Kontaktzwecken und zum Zweck des Vermögensschutzes verarbeitet;
- c) Die Bereitstellung personenbezogener Daten ist zum Zweck Ihrer ordnungsgemäßen Identifizierung, der Erbringung von medizinischen Dienstleistungen und der Führung von medizinischen Unterlagen verpflichtend, da KNH aufgrund des Gesetzes Nr. 372/2011 Slg. verpflichtet ist, medizinische Unterlagen mit personenbezogenen Daten im erforderlichen Umfang für die Identifizierung und Feststellung der Anamnese des Patienten sowie die Informationen über die Erkrankung des Patienten, über den Verlauf und das Ergebnis der Untersuchung, die Behandlung sowie über weitere bedeutende Umstände im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand des Patienten und mit dem Vorgang bei der Erbringung von medizinischen Dienstleistungen zu führen;
- d) die Bereitstellung personenbezogener Daten zum Zweck des Vermögensschutzes ist während des Aufenthalts im KNH obligatorisch;
- e) Die Bereitstellung personenbezogener Daten zum Zweck des Tragens eines Identifikationsarmbands erfolgt freiwillig. Auf dem Identifikationsarmband werden Ihre personenbezogenen Daten in folgendem Umfang

angeführt: Vorname, Zuname, Geburtsdatum und Barcode mit der Nummer des Patienten aus dem Register der Patienten des KNH;

- f) KNH verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten in folgendem Umfang: Vorname, Zuname, Geburtsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse des Daueraufenthalts oder eine andere Kontaktadresse, wenn sie vom Ort des Daueraufenthalts abweicht, Nummer der Versicherung, im Falle von Ausländern die Adresse des Aufenthalts in der Tschechischen Republik (falls verfügbar) sowie im Herkunftsland, Angaben über die Krankenversicherung einschließlich der Nummer des Versicherten, Informationen über die Erkrankung, über den Verlauf und das Ergebnis der Untersuchung, die Behandlung sowie über weitere bedeutende Umstände im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand und dem Vorgang bei der Erbringung der Gesundheitsversorgung. Wenn es erforderlich ist, weitere Daten zum Zweck der ordnungsgemäßen Erbringung von medizinischen Dienstleistungen zu verarbeiten, werden Sie davon in Übereinstimmung mit den diesbezüglichen Rechtsvorschriften in Kenntnis gesetzt. Gemäß dem Zweck der Orientierung der medizinischen Unterlagen können die medizinischen Unterlagen des Weiteren die aufgrund der Familien, Personen- und Arbeitsanamnese festgestellten Angaben und wenn dies begründet ist, auch die Angaben aus der Sozialanamnese sowie weitere Angaben gemäß dem Gesetz über medizinische Dienstleistungen oder gemäß den anderen Rechtsvorschriften zur Regelung der medizinischen Dienstleistungen beinhalten;
- g) personenbezogene Daten werden bei der Führung von medizinischen Unterlagen in Papierform und in elektronischer Form verarbeitet, einige personenbezogene Daten werden auf dem Identifikationsarmband des Patienten zum Zweck der ordnungsgemäßen Identifizierung zur Vermeidung von Verwechslungsgefahr mit einem anderen Patienten angeführt;
- h) Personenbezogene Daten verarbeiten die Mitarbeiter des KNH. Zum Zweck der Erbringung von medizinischen Dienstleistungen durch eine andere medizinische Einrichtung/einen anderen Arzt können Ihre personenbezogenen Daten auch diesen Personen zur Verfügung gestellt werden;
- i) personenbezogene Daten aus medizinischen Unterlagen können den Personen gemäß § 65 des Gesetzes Nr. 372/2011 Slg. zugänglich gemacht werden;
- j) personenbezogene Daten werden während der Erbringung von medizinischen Dienstleistungen verarbeitet, personenbezogene Daten in medizinischen Unterlagen werden in Übereinstimmung mit den diesbezüglichen Rechtsvorschriften verarbeitet, personenbezogene Daten auf dem Identifikationsarmband werden während Ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus Na Homolce verarbeitet.

RECHTE DES PATIENTEN

- a) auf Informationen über seinen Gesundheitszustand und über die vorgeschlagene individuelle Behandlung sowie über sämtliche Änderungen der Behandlung einschließlich der Möglichkeit, ergänzende Fragen in Bezug auf seinen Gesundheitszustand und die vorgeschlagenen medizinischen Dienstleistungen zu stellen,
- b) auf Bereitstellung von sämtlichen Informationen, die in den medizinischen Unterlagen über seine Person oder in anderen Aufzeichnungen in Bezug auf seinen Gesundheitszustand enthalten sind; im Falle der Aufzeichnungen von autorisierten psychologischen Methoden und der Beschreibung der Behandlung durch psychotherapeutische Mittel hat der Patient Anspruch auf Informationen, deren Inhalt die Beschreibung der Merkmale der Erkrankung, Diagnose, Beschreibung der therapeutischen Ansätze und die Interpretation der Testergebnisse bildet,
- c) in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Krankenhauses Na Homolce in die unter Buchstabe b) angeführten Unterlagen Einsicht zu nehmen; im Falle der Aufzeichnungen von autorisierten psychologischen Methoden und der Beschreibung der Behandlung durch psychotherapeutische Mittel kann der Patient in die Aufzeichnungen in Bezug auf die Beschreibung der Merkmale der Erkrankung, Diagnose, Beschreibung der therapeutischen Ansätze und Interpretation der Testergebnisse Einsicht nehmen,
- d) auf die Erstellung von Auszügen, Abschriften oder Kopien von den unter Buchstabe b) angeführten Dokumenten; im Falle von autorisierten psychologischen Methoden und der Beschreibung der Behandlung

- mit psychotherapeutischen Mitteln hat der Patient Anspruch auf die Erstellung von Auszügen, Abschriften oder Kopien jener Teile von Dokumenten, die die Beschreibung von Anzeichen, Diagnose, Beschreibung der psychotherapeutischen Ansätze und die Interpretation der Testergebnisse betreffen,
- e) beim der Übernahme zur Behandlung jene Personen zu bestimmen, die über seinen Gesundheitszustand unterrichtet werden können und gleichzeitig kann der Patient bestimmen, ob diese Personen in die medizinischen Unterlagen, die über ihn geführt werden oder in andere Aufzeichnungen in Bezug auf seinen Gesundheitszustand Einsicht nehmen, Auszüge oder Kopien dieser Dokumente erstellen und in den Fällen gemäß § 34 Abs. 8 des Gesetzes über medizinische Dienstleistungen die Einwilligung in die Erbringung von medizinischen Dienstleistungen erteilen oder verweigern können. Wenn der Patient im Hinblick auf seinen Gesundheitszustand die Personen gemäß dem vorherigen Satz dieses Buchstaben e) nicht bestimmen kann, haben das Recht auf Informationen über seinen aktuellen Gesundheitszustand und auf die Erstellung von Auszügen und Kopie der medizinischen Unterlagen, die über den Patienten geführt werden, ihm nahestehende Personen. Wenn der Patient früher das Verbot geäußert hat, die Informationen über seinen Gesundheitszustand bestimmten ihm nahestehenden Personen mitzuteilen, können die Informationen diesen Personen nur in einem solchen Fall gegeben werden, wenn dies im Interesse ihrer Gesundheit oder des Schutzes der Gesundheit einer anderen Person erfolgt, und zwar in dem unbedingt notwendigen Umfang,
 - f) Personen zu bestimmen oder das Verbot der Mitteilung von Informationen über seinen Gesundheitszustand an jede beliebige Person jederzeit nach der Übernahme zur Behandlung zu äußern, gleichzeitig kann der Patient die Bestimmung der Person oder die Äußerung des Verbots der Mitteilung von Informationen über seinen Gesundheitszustand jederzeit widerrufen; das Verbot der Mitteilung von Informationen über seinen Gesundheitszustand, das seitens des Patienten geäußert wurde, findet jedoch keine Anwendung auf die Mitteilung von Informationen, gegebenenfalls Bereitstellung von Angaben, die ohne die Zustimmung des Patienten gemäß dem Gesetz über medizinische Dienstleistungen oder gemäß anderen Rechtsvorschriften mitgeteilt werden können (z.B. § 65 Abs. 2 des Gesetzes über medizinische Dienstleistungen),
 - g) zu verbieten, dass die Personen, die die Qualifikation zur Ausübung des Berufs einer medizinischen Fachkraft oder einer anderen Fachkraft erwerben oder medizinische Fachkräfte gemäß § 46 Abs. 2 des Gesetzes über medizinische Dienstleistungen in die über den Patienten geführten medizinischen Unterlagen in einem für die Sicherstellung der Ausbildung erforderlichen Umfang Einsicht nehmen können,
 - h) vom Krankenhaus Na Homolce Auskunft über die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten zu verlangen, wobei das Krankenhaus Na Homolce das Recht hat, für die Gewährung der Auskunft eine angemessene Vergütung zu verlangen, die die zur Gewährung der Auskunft notwendigen Kosten nicht überschreitet,
 - i) auf die Berichtigung seiner personenbezogenen Daten,
 - j) für den Fall, dass er feststellen oder vermuten sollte, dass das Krankenhaus Na Homolce bei der Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten gegen den Schutz seiner privaten und persönlichen Sphäre oder gegen das Gesetz verstoßen hat, insbesondere, wenn seine personenbezogenen Daten im Hinblick auf den Zweck ihrer Verarbeitung nicht genau sind, kann der Patient vom Krankenhaus Na Homolce eine Erläuterung und die Beseitigung des entstandenen Zustands verlangen, wobei es sich insbesondere um Sperrung, Berichtigung, Ergänzung oder Vernichtung personenbezogener Daten handeln kann,
 - k) sich an das Amt für den Schutz personenbezogener Daten mit dem Antrag auf Sicherstellung von Maßnahmen zur Abhilfeschafterung zu wenden, für den Fall, dass er feststellen sollte, dass es zu einer Verletzung der Pflichten des Krankenhauses Na Homolce kam,
 - l) bei der Geltendmachung seiner Ansprüche gemäß § 13 des Bürgerlichen Gesetzbuches vorzugehen, für den Fall, dass infolge der Verarbeitung personenbezogener Daten dem Patienten sonstige Schäden außer Vermögensschäden entstanden sind.