

■ Patientenangaben

Name Vorname Geburtsdatum männlich weiblich divers

Straße Haus-Nr PLZ Ort

Telefon E-Mail

■ Gesetzlicher Vertreter (Bspw. Eltern, Betreuer, wenn zutreffend)

Nachname Vorname

Vertretungsform Tel.-Nr.

■ Krankenkasse

gesetzliche KV private KV Zuzahlungsbefreiung: ja nein

Krankenkasse

Vers. Nr. Erkrankung

■ Überweisender Arzt

Titel Name Vorname

Straße Haus-Nr PLZ Ort

Telefon E-Mail

■ Delegierender Arzt

Titel Name Vorname

Straße Haus-Nr PLZ Ort

Telefon E-Mail

Zentrum / Klinik

■ Rezeptierender Arzt

Titel Name Vorname

Straße Haus-Nr PLZ Ort

Telefon E-Mail

Zentrum / Klinik

■ Therapieführender Arzt

Titel Name Vorname

Straße Haus-Nr PLZ Ort

Telefon E-Mail

Zentrum / Klinik

geb.:

■ Angaben zum individuellen Gesundheitszustand (Angabe freiwillig)

MDE - Minderung der Erwerbsfähigkeit % (0-100%)

GdB - Grad der Behinderung % (25-100%)

Mobilitätseinschränkungen (gestörtes Laufen oder sich schlecht bewegen können)

Rollstuhl oder Rollator

Visus-Verminderung (schlechtes Sehen, Teilerblindung)

Komorbiditäten (weitere Erkrankungen)

Sonstiges:

■ wichtige Medikamente

Antikoagulantien

Antidepressiva

Betäubungsmittel

Neuroleptika

sonst. Psychopharmaka

Immunsuppressiva

Antiepileptika

■ weitere wichtige Informationen

ggf. frühere Medikamente:

von

bis

von

bis

Organtransplantationen:

ggf. bekannte Mutation:
(der Haupterkrankung der Heimtherapie)

Phänotyp:

geb.:

■ Therapiebegleitung

Mit der Unterschrift auf diesem Vertragsformular beauftragt der/die oben genannte Patient/Patientin die **infusion@home Deutschland GmbH**, (nachfolgend „**iah**“) zur Betreuung im Rahmen einer Therapie und/oder Therapiebegleitung (Patientenservice).

Im Falle der Selbstverabreichung/-einnahme unterstützt und schult die iah Pflegekraft im Rahmen von Besuchen, Telefonaten und weiteren medialen Unterstützungsmöglichkeiten den/die oben genannte/n Patienten/Patientin.

Die Verabreichung durch den Patienten und Unterstützung der Selbstverabreichung durch iah erfolgt nach Maßgabe der Fachinformation des betreffenden Arzneimittel. Die Inanspruchnahme des Patientenservices der iah erfolgt auf freiwilliger Basis.

■ Aufklärung durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin

Der/die oben genannte Patient/in bestätigt, dass er/sie durch seine/ihren behandelnde/n Arzt/Ärztin über die Therapie und/oder den Patientenservice aufgeklärt wurde. Hierbei wurden alle seine/ihre Fragen verständlich beantwortet. Daneben stand dem/der Patienten/Patientin ausreichend Bedenkzeit für die Entscheidung zur Teilnahme an dem Patientenservice zur Verfügung.

■ Servicezeiten

Die Kernservicezeiten für den Patientenservice durch die iah Pflegekraft sind Mo-Fr 8-18 Uhr. Die allgemeine telefonische Erreichbarkeit der iah über ihren Kundenservice steht allen Patienten/Patientinnen der iah in der Zeit von Mo-Fr 8-18 Uhr zur Verfügung.

■ Terminvereinbarung

Die iah Pflegekraft oder der Kundenservice kontaktiert den/die Patienten/Patientin unter den oben angegebenen Kontaktdaten, vorzugsweise jedoch per Telefon, zwecks einvernehmlicher Vereinbarung eines Termins im Rahmen des Patientenservices.

■ Selbstverpflichtung

Mir ist bewusst, dass der Erfolg meiner Therapie maßgeblich von der regelhaften Durchführung meiner Therapietermine abhängt.

Ich bin mir meiner Selbstverpflichtung zur proaktiven Mitgestaltung der Besuchstermine bewusst, Terminverschiebungen oder Terminausfälle sind daher nur in begründeten und wichtigen Fällen möglich. Mein Heimtherapieanbieter ist bei wiederholtem Verstoß gegen diese Verpflichtung berechtigt, die Heimtherapie einzustellen.

■ Reaktion und Nebenwirkung

Bei jeder Medikamenteneinnahme kann es zu Reaktionen oder Nebenwirkungen kommen. Das ist in der Regel selten, aber niemals auszuschließen. Im Falle einer Notfallsituation sind wir gesetzlich verpflichtet, für ihre Sicherheit zu sorgen und Sofortmaßnahmen einzuleiten.

Solange ihre betreuende Pflegefachkraft bei Ihnen ist, wird sie in solchen Fällen die Situation professionell einschätzen und entsprechende Maßnahmen ergreifen. Jede Pflegefachkraft ist speziell auf diese Situationen trainiert – mögliche Notfallmaßnahmen wurden mit ihrem Arzt zusammen abgesprochen.

Sollte ihre Pflegefachkraft nicht mehr vor Ort sein, müssen sie selbst einschätzen, ob die Situation gefährlich werden kann. Im Zweifelsfall unter 112 den Notarzt anrufen. Klären Sie vorab mit ihrem Arzt, wann sie den Notarzt informieren müssen.

Verpflichtungen der Pflegefachkraft

In jedem Fall, in dem die Pflegefachkraft über eine Situation informiert wird, die aus ihrer Sicht eine lebensgefährdende Situation werden kann, ist sie rechtlich verpflichtet den betreuenden Arzt bzw. auch gleich den Notarzt zu informieren.

Wenn die Pflegefachkraft während ihres Homecare Besuches oder bei einem Telefonat den Verdacht hat, dass eine Depression derart eskaliert, dass potentiell Lebensgefahr besteht, ist sie auch hier rechtlich verpflichtet, den betreuenden Arzt bzw. auch gleich den Notarzt zu informieren.

geb.:

■ Widerruf

Den Inhalt dieser Information und Beauftragung habe ich verstanden und die die Eintragungen darin gemäß meiner Entscheidung vorgenommen. Mir ist bekannt, dass ich erteilte Aufträge und abgegebene Erklärung, auch jede/n für sich, jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ebenso bin ich darüber informiert, dass ein Widerruf auch durch die infusion@home Deutschland GmbH erfolgen kann.

■ Änderungen oder Ergänzungen

Eine Änderung oder Ergänzung dieser Vereinbarung bedarf der Schriftform und des ausdrücklichen Hinweises darauf, dass es sich um eine Änderung bzw. Ergänzung dieser Vereinbarung handelt. Das Schriftformerfordernis gilt auch für den Verzicht auf dieses Formerfordernis.

■ Schlussbestimmungen

Sollten sich einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise als unwirksam oder undurchführbar erweisen oder infolge Änderungen der Gesetzgebung nach Vertragsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleiben die übrigen Vertragsbestimmungen und die Wirksamkeit der Vereinbarung im Ganzen hiervon unberührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll die wirksame und durchführbare Bestimmung treten, die dem Sinn und Zweck der nichtigen Bestimmung möglichst nahekommt.

Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, gelten die Bestimmungen als vereinbart, die dem Sinn und Zweck der Vereinbarung entsprechen und im Falle des Bedachtwerdens vereinbart worden wären.

Name

Vorname



, den

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin oder des gesetzl. Vertreters

geb.:

Mit meiner Unterschrift auf diesem Formular erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung in die Verarbeitung und die damit verbundene Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die **infusion@home Deutschland GmbH**, (nachfolgend „**iah**“) zum Zwecke der Dokumentation meiner Therapie und/oder Therapiebegleitung. Diese Einwilligung bezieht sich dabei insbesondere auch auf meine Gesundheitsdaten. Dabei handelt es sich in der Regel um medizinische Daten wie Angaben zu meiner Diagnose, Therapie, Medikation, Details oder Anweisungen zur Behandlung und Verabreichung von Medikamenten. Auf Grundlage dieser personenbezogenen Daten erstellt die jeweilige **iah** Pflegekraft ein Therapieprotokoll und stellt dieses auch meinen behandelnden Ärzten/Ärztinnen nach Durchführung der Therapie und/oder Therapiebegleitung zur Verfügung.

Die im Rahmen der oben beschriebenen Therapieprotokolle verarbeiteten Daten können auch zu wissenschaftlichen, statistischen und pharmakökonomischen Zwecken in allgemeine Statistiken einfließen und Drittparteien, wie zum Beispiel Kunden der **iah** zur Verfügung gestellt werden. Dies erfolgt jedoch ausschließlich in anonymisierter Form, sodass keine direkten Rückschlüsse auf meine Person möglich sind.

Ich stimme weiter zu, dass diese Kontaktdaten und medizinischen Gesundheitsdaten zum Zweck der Hausbesuche und der regelmäßigen telefonischen und postalischen Unterstützung der Therapie durch **iah** erhoben, gespeichert, verarbeitet und zwischen **iah** Mitarbeitern übermittelt werden dürfen, soweit dies zur Durchführung des Patientenservice erforderlich ist.

Im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung der **iah** kann es vorkommen, dass Audits oder Begleitbesuche im Rahmen der Durchführung der Therapie / Heimtherapiebegleitung vorgenommen werden. Diese erfolgen entweder durch Mitarbeiter der **iah** oder durch Auditoren einer beauftragten Prüfgesellschaft (extern). Sofern eine entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahme durchgeführt wird, erfolgt dies nie ohne die Einholung meiner entsprechenden Zustimmung. Ich werde an diesen Qualitätssicherungsmaßnahmen angemessen mitwirken, habe jedoch das Recht, einer Teilnahme jederzeit zu widersprechen.

Der/Die für die Anordnung der Durchführung der Therapie und/oder Therapiebegleitung verantwortliche Arzt/Ärztin oder andere mich behandelnde Ärzte/Ärztinnen (nachfolgend „verantwortliche/r Arzt/Ärztin“) werden gegenüber der **iah** von der Verschwiegenheit und der ärztlichen Schweigepflicht entbunden, soweit dies im Rahmen des zugrundeliegenden Patientenservices erforderlich ist.

Gleichzeitig darf die **iah** an den/die verantwortlichen Arzt/Ärztin die im Rahmen der Therapie und/oder Therapiebegleitung angefertigten Dokumentationen und sonstige Informationen, soweit diese für den/die verantwortliche/n Arzt/Ärztin erforderlich sind, übermitteln. Sofern es sich bei der medizinischen Einrichtung um ein aus mehreren Abteilungen bestehendes Krankenhaus oder eine vergleichbare Einrichtung handelt, so gilt die Entbindung von der Schweigepflicht bzw. der Verschwiegenheit nur gegenüber der jeweiligen (Fach-)Abteilung.

Diese datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Soweit sie nicht erteilt wird, kann der zugrundeliegende Patientenservice-Vertrag jedoch nicht durchgeführt werden. Es besteht das Recht, diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Name

Vorname



, den

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin oder des gesetzl. Vertreters

Weitere Informationen zum Datenschutz sowie Ansprechpartner für Fragen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unseren „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“.

Liebe*r Patient*in,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Aus diesem Grund möchten wir Sie umfassend zur Datenverarbeitung im Rahmen dieses Patientenservice informieren.

Angaben zum Verantwortlichen

Verantwortlich für die Verarbeitung ist die **infusion@home Deutschland GmbH** · Bergstraße 31 · 69469 Weinheim · Tel: 0800-20202-90 · Fax: 06201-26016-90 · Mail: info@infusionathome.de

Ansprechpartner für datenschutzrechtliche Fragen

Bei Fragen zum Datenschutz steht Ihnen unser **Datenschutzteam** (alternativ ggf. auch Kundenservice) unter **info@infusionathome.de** (alternativ unter der oben angegebenen postalischen Anschrift) sehr gerne zur Verfügung.

Kontakt zum Beauftragten für den Datenschutz

Selbstverständlich können Sie sich auch an unseren Beauftragten für den Datenschutz wenden. Diesen erreichen Sie telefonisch unter +49 7141 97457 0, per E-Mail an dsb@deltamedsued.de oder unter der nachfolgenden Postadresse:

DSB iah, c/o DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Untere Gasse 9, 71642 Ludwigsburg, Deutschland.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Wir verarbeiten personenbezogenen Daten auf Grundlage der geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen. In erster Linie handelt es sich dabei um die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Im Rahmen dieses Patientenservice verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Erbringung des Therapievertrages sowie gegebenenfalls zum Zweck der Erbringung des Versorgungsauftrages und den im Rahmen der jeweiligen Verträge vereinbarten Dienstleistungen. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis Ihrer Einwilligung, Rechtsgrundlage ist Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO.

Speicherdauer

Die von uns gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Rahmen des zugrundeliegenden Patientenservices in der Regel 6 Monate nach dessen Beendigung gelöscht.

Daten, die zum Beispiel aus handels- oder steuerrechtlichen Gründen noch aufbewahrt werden müssen oder deren Speicherung noch für die Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist, werden gelöscht, sobald dies nicht mehr der Fall ist.

Empfänger der personenbezogenen Daten

Die im Rahmen dieses Patientenservice verarbeiteten personenbezogenen Daten können auf Basis der von Ihnen erteilten Einwilligung an folgende Empfänger weitergegeben werden:

- Die behandelnden Ärzte / Ärztinnen bzw. die entsprechenden medizinischen Zentren, in denen Sie betreut werden
- Von Ihnen separat beauftragte Apotheken, die Sie mit Medikamenten und/oder Hilfsmitteln beliefern
- Kooperierende Partnerunternehmen, soweit dies erforderlich ist, um Sie bestmöglich und flächendeckend zu betreuen
- Angehörige oder sonstige Personen, wenn Sie uns hierzu ermächtigt haben
- Kunden der iah zu wissenschaftlichen, statistischen und pharmakökonomischen Zwecken. Bitte beachten Sie, dass dies jedoch ausschließlich in pseudonymisierter oder vorzugsweise in anonymisierter Form, sodass keine direkten Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind, erfolgt
- Krankenkassen für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Auftragsverarbeiter, etwa zur Pflege und Wartung unserer IT-Infrastruktur oder Erbringung sonstiger Servicedienstleistungen
- Prüfgesellschaften (z.B. TÜV Süd) im Rahmen unserer Qualitätssicherung

Ihre Rechte im Datenschutz

Wenn wir personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten, haben Sie folgende Betroffenenrechte:

- ein Recht auf Auskunft über die verarbeiteten Daten und auf Kopie,
- ein Berichtigungsrecht, wenn wir falsche Daten über Sie verarbeiten,
- ein Recht auf Löschung, es sei denn, dass noch Ausnahmen greifen, warum wir die Daten noch speichern, also zum Beispiel Aufbewahrungspflichten oder Verjährungsfristen
- ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- ein jederzeitiges Recht, Einwilligungen in die Datenverarbeitung zu widerrufen,
- ein Widerspruchsrecht gegen eine Verarbeitung im öffentlichen oder bei berechtigtem Interesse,
- ein Recht auf Datenübertragbarkeit,
- ein Beschwerderecht bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde, wenn Sie finden, dass wir Ihre Daten nicht ordnungsgemäß verarbeiten.

geb.:

Mit der Benennung der nachfolgenden Personen willige ich ein, dass die von mir benannten Personen, z. B. nahe Angehörige, über die Durchführung meines Patientenservices informiert werden können bzw. von diesen die erforderlichen Informationen durch iah angefragt werden dürfe. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Titel	Name		Vorname	
Straße		Haus-Nr	PLZ	Ort
Telefon			E-Mail	
Profession/Beziehung zu Patient/Patientin				

Titel	Name		Vorname	
Straße		Haus-Nr	PLZ	Ort
Telefon			E-Mail	
Profession/Beziehung zu Patient/Patientin				

Titel	Name		Vorname	
Straße		Haus-Nr	PLZ	Ort
Telefon			E-Mail	
Profession/Beziehung zu Patient/Patientin				

Name				
Vorname				
				
Ort		, den	Datum	Unterschrift des Patienten/der Patientin oder des gesetzl. Vertreters