

Datenübermittlung an den „VIEP- Patientenschlüssel“ im Rahmen der Integrierten Versorgung Gesundheitsnetz Viersen AG und Datenübermittlung bei Einsatz in Notfällen

Zu den Einzelheiten der Funktionsweise des „VIEP Patientenschlüssel“ und den Möglichkeiten seines Einsatzes lesen Sie bitte das Informationsfaltblatt. Der „VIEP Patientenschlüssel“ dient den nachfolgend genannten Zielen:

- * Erhöhung der Effektivität und Schnelligkeit der richtigen Behandlung und Vermeidung überflüssiger Doppeldiagnostik (der Arzt sieht sofort wichtige Anamnese- und Notfalldaten sowie Diagnosen, Medikationen und Behandlungsziele);
- * Verbessertes Medikamentenmanagement und Vermeidung von Medikamentenunverträglichkeiten und ihren Folgen (nach- und mit behandelnde Ärzte erhalten Einsicht in die Medikationen der anderen Ärzte);
- * Erhöhung der Effektivität und Sicherheit der Behandlung durch sicherere und besser organisierte Information der Ärzte über Vorerkrankungen und Befunde;
- * Verbesserung der Zielgerichtetheit und der gemeinsamen Organisation Ihrer Versorgung innerhalb der IV (u. a. dadurch, dass mit- und nachbehandelnde Ärzte Einsicht in die mit Ihrem Arzt des Vertrauens getroffene Zielvereinbarung nehmen können);
- * Erhöhte Effektivität und Schnelligkeit der richtigen Hilfe im Notfall.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen Daten aus der Patientenakte Ihres Arztes des Vertrauens in den „VIEP- Patientenschlüssel“ übernommen werden, damit sie – sollte es nötig sein – anderen Ärzten zur Einsicht zur Verfügung gestellt werden können. Dafür brauchen wir Ihre Einwilligung.

Um im Notfall richtig und schnell helfen zu können, müssen die Sie betreffenden Notfalldaten aus dem „VIEP- Patientenschlüssel“ für die Rettungsmediziner und die Rettungsleitstelle zur Einsicht zur Verfügung gestellt werden. Auch dafür brauchen wir Ihre Einwilligung.

Die nachfolgend benannten Informationen werden in den „VIEP Patientenschlüssel“ aufgenommen und auch im Notfall für den Zugriff freigegeben:

- * **Patientendaten:**
 - * Anrede, Geburtsdatum, Adresse, Telefon, E-Mail (soweit vorhanden)
 - * Hausarzt/Arzt des Vertrauens mit Telefon
 - * Andere Ärzte, die aktuell an Diagnostik und Therapie beteiligt sind
 - * Hausapotheke
 - * Status Teilnehmer „VIEP Patientenschlüssel“
- * **Medizinische Daten (wenn vorhanden):**
 - * Cave-Eintragung (Risiken, Medikamentenunverträglichkeit, Allergien)
 - * Risiken: / mmHg, cm, kg, BMI, BU cm; C2; Nikotin
 - * Medizinisch wichtige anamnestische Daten
 - * Medizinisch wichtige Dauerdiagnosen
 - * Medizinisch wichtige aktuelle Diagnosen
 - * Impfstatus
 - * Medizinisch wichtige Eigen- und Fremdbefunde incl. Labor geordnet nach Fachbereichen/Diagnosen
 - * Ergänzende medizinische Sachverhalte
 - * Technische Befunde – Labor
 - * Die zwischen dem Patienten und seinem Arzt des Vertrauens entwickelte Zielvereinbarung mit Aktualisierung und Weiterentwicklung
 - * einzunehmende Medikamente und Tageszeit, zu welcher eingenommen wird
 - * Vermerk über geprüfte Medikamenteninteraktionen

Für die erstmalige Aufnahme Ihrer Daten in den „VIEP- Patientenschlüssel“ - nach Ihrer Zustimmung zur Teilnahme an dem Projekt und Ihrer Unterschrift unter diese Erklärung- übermittelt Ihr Arzt des Vertrauens die oben bezeichneten Daten aus Ihrer Patientenakte an den „VIEP- Patientenschlüssel“. Dabei werden nur die Daten übermittelt, die nicht älter als drei Jahre sind.

Mit Ihrer Unterschrift unter diese Erklärung erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihr Arzt des Vertrauens Ihre oben bezeichneten Daten aus Ihrer Patientenakte an den „VIEP- Patientenschlüssel“ übermittelt. Sie entbinden Ihren Arzt des Vertrauens insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit Ihrer Unterschrift unter diese Erklärung erklären Sie sich damit einverstanden, dass für den Fall eines medizinischen Notfalls die jeweils diensthabenden Notärzte und Rettungsassistenten Ihre oben bezeichneten Daten übermittelt erhalten. Sie entbinden Ihren Arzt des Vertrauens insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie können gegen diese Erklärung jederzeit gegenüber Ihrem Arzt des Vertrauens oder gegenüber der Geschäftsstelle der Gesundheitsnetz Viersen AG (In der Haag 3, 41379 Brüggen, Tel. 02163-92310) widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass Ihre Daten aus dem „VIEP- Patientenschlüssel“ gesperrt und anschließend gelöscht werden.

Sie erhalten eine Kopie dieser Einwilligungserklärung, das Original verbleibt bei Ihrem Arzt des Vertrauens.

Name : _____ Vorname : _____

Adresse : _____

Telefon : _____

Datum : _____

Unterschrift des Versicherten : _____

Zahlungsempfänger

**Gesundheitsnetz Viersen AG
In der Haag 3
41379 Brüggen**

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige ich Sie jederzeit widerruflich die von mir zu entrichtenden Kosten wegen der Nutzung der VIEP Patientenschlüssels

bei Erstausgabe in Höhe von € 17,00

im Folgejahr in Höhe von € 12,00

(sollte sich in den Folgejahren Preiserhöhungen für die Karte ergeben gilt die Einzugsermächtigung unverändert; sofern von mir kein schriftlicher Widerspruch erfolgt)

bei Fälligkeit zu Lasten meines

Kontos Nr.: _____ BLZ: _____

Bezeichnung : _____

durch Lastschriften einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel für Rückfragen