



Klinikbereich/Station/Tel.: _____

Hannover, den _____

Unterbringung von Begleitpersonen gem. § 11 Abs. 3 SGB V / Unterbringung von Patient_innen im Rahmen der Integrierten Versorgung

Begleitperson: Name, Vorname, Geb.-Dat., _____
Adresse, Fallnummer _____

Etikett des Patienten_in
(nur Seite 1 und 2 MHH-intern)

Patient in: Name, Vorname, Geb.-Dat., Fallnummer _____

Ab dem _____ für die Dauer von voraussichtlich _____ Tagen

auf Station im Mercure / IBIS Hotel in einem Apartment COVID-Test: „DSGVO“-***Wichtige Informationen erhalten Sie auf der Rückseite **nur für Begleitperson*****

Übernachtung im Rahmen der **Integrierten Versorgung** (IV) gem. §§ 140 a ff. SGB V, „Cochlea-Implantation“. Die Übernachtung erfolgt während der Behandlungsdauer kostenfrei im Mercure Hotel Hannover Medical Park (inkl. Frühstück).

Hinweis bei Privater Krankenversicherung:

Sollte die Private Krankenversicherung die Übernahme von Kosten für die (medizinisch begründete) Unterbringung einer Begleitperson vertraglich ausgeschlossen haben, sind die Kosten selbst zu tragen. Begleitperson und Patient_in haften für die Kosten gemeinsam als Gesamtschuldner.

Medizinische Notwendigkeit für die Mitaufnahme einer Begleitperson ist nicht gegeben. Die Kosten sind selbst zu tragen. Bei einer Unterbringung im Hotel wird bei Abreise ein Zimmerpreis € 41,00/Nacht, zzgl. € 6,00 Frühstück/Person erhoben und muss vor Ort entrichtet werden. Begleitperson und Patient_in haften für die Kosten gemeinsam als Gesamtschuldner.

Mitnahme einer Pflegekraft i. S. d. § 63 b SGB XII (Sicherstellung der Pflege durch vom Patienten beschäftigte besondere Pflegekräfte)

Mitnahme einer Begleitperson ist medizinisch notwendig + nachstehend ausführliche Begründung durch behandelnden Arzt ****Pflicht****

Datum, Unterschrift Arzt

Datum, Unterschrift Begleitperson/CI-Patient_in

Vom Arzt auszufüllen **Pflicht**

Grund	Ausführliche Begründung
<input type="checkbox"/> Alter des Kindes	
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt Bewusstsein	
<input type="checkbox"/> Schwere der Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren durch geistige oder körperliche Behinderung	
<input checked="" type="checkbox"/> Bei ausgeprägten Angstzuständen oder zu befürchtenden gravierenden psychischen Problemen	
<input type="checkbox"/> Zum Erlernen und Einüben therapeutischer oder pflegerischer Maßnahmen / Handhabung von Hilfs- oder Heilmitteln über die akutstationäre Versorgung hinaus	

DATENSCHUTZINFORMATION

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Begleitperson,



im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten COVID-Tests auf SARS-CoV-2 erheben wir, die Medizinische Hochschule Hannover, als verantwortliche Stelle, personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten u.a. Ihren Namen, Anschrift und Ihr Geburtsdatum, um im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem Ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Des Weiteren verwenden wir Ihre Daten, um die durchgeführten Maßnahmen über ein online-Portal der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen abzurechnen. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und Email-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne die Daten können wir den Test jedoch nicht durchführen. Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO). Wenn Sie feststellen, dass unrichtige personenbezogene Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen (Art. 16 DS-GVO). Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die personenbezogenen Daten zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind oder Sie die Einwilligung widerrufen und es an einer anderweitigen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung fehlt (Art. 17 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (Art. 18 DS-GVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) und ein allgemeines Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO). Die erhobenen medizinischen Daten werden für 30 Jahre gespeichert.

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung:

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist das Präsidium der Medizinischen Hochschule Hannover. Kontakt über:

Medizinische Hochschule Hannover

Geschäftsstelle des Präsidiums - OE 0001

E-Mail: geschaeftsstelle.praesidium@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die MHH zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen; Prinzenstraße 5; 30159 Hannover.

Der Kontakt zum MHH - Datenschutzbeauftragten lautet wie folgt:

Medizinische Hochschule Hannover

Die Datenschutzbeauftragte - OE 0007 E-Mail: Datenschutz@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Ich habe die oben aufgeführten Hinweise zum COVID-Test sowie die Datenschutzinformation gelesen und stimme der Durchführung zu. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben und Daten die im Anmeldeprozess zum Zeitpunkt der Anmeldung hinterlegt wurden, wahrheitsgemäß und richtig sind.