

(VER T R A U L I C H)



Fallnummer: 7024000664 S
PID-Nummer: 1000654525
SV Nummer:
Geb.Datum: 01.01.1900

Patientenerklärung Situatives Opt-out (ELGA-Widerspruch im Anlassfall)

Sehr geehrte Frau PKTEST01!

Die Krankenhäuser der OÖ Gesundheitsholding übermitteln Ihre ärztlichen und pflegerischen Entlassungsbriefe, ausgewählte Befunde sowie Medikationsdaten an die **Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)**. Dadurch haben Ihre weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, diese Informationen für weitere diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu nutzen.

Sie haben das Recht, der Übermittlung Ihrer Daten, die im Rahmen Ihrer aktuellen Behandlung entstehen, zu widersprechen (situatives Opt-out). Bei einem situativen Opt-out werden für **diese Behandlung** oder für **eine ambulante Behandlung bzw. Behandlungsserie in diesem Krankenhaus keine Daten in ELGA registriert**. Ein nachträgliches Registrieren der Daten in ELGA ist nicht möglich.

Wir weisen Sie speziell auf dieses Widerspruchsrecht hin, falls bei Ihnen eine **psychische Erkrankung** oder eine **HIV-Erkrankung** diagnostiziert oder behandelt wird bzw. wenn bei Ihnen ein **Schwangerschaftsabbruch** oder eine **genetische Untersuchung** durchgeführt wird.

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- Ich wurde über das Recht eines situativen Opt-outs informiert.**
Ich habe die Information verstanden und konnte alle für mich wichtigen Fragen stellen.
- Ich nehme kein situatives Opt-out in Anspruch.**
- Ich nehme ein situatives Opt-out in Anspruch.**
(Ich möchte keine Daten aus meiner Krankengeschichte in ELGA aufnehmen lassen.)
Der Widerspruch **gilt für**: diesen stationären Krankenhausaufenthalt
 die ambulante Behandlung (Behandlungsserie) für
 1 Tag 90 Tage 365 Tage

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch mein situatives Opt-out (Widerspruch im Anlassfall) eventuell wichtige Gesundheitsdaten in meiner Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) fehlen und dadurch die Qualität weiterer Behandlungen beeinträchtigt werden könnte.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Für den Fall, dass die Erklärung durch eine Vertreterin / einen Vertreter der Patientin / des Patienten abgegeben wird (z.B. obsorgeberechtigter Elternteil, gerichtliche Erwachsenenvertretung), ist deren / dessen Name in BLOCKBUCHSTABEN anzuführen.

Hinweis: Dieses Dokument ist im Original der Krankengeschichte beizuschließen. Auf Wunsch kann der Patientin / dem Patienten eine Kopie ausgehändigt werden.