

## Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung im Rahmen des Projektes Kardiomobil

**Patient\*in:** Name: ..... SV-Nummer: .....

**Zuweisender Arzt/Ärztin oder  
zuweisendes Krankenhaus:** .....

Das Projekt Kardiomobil ist ein Betreuungsprogramm für Menschen mit Herzinsuffizienz. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen an dem Projekt erhalten in häuslicher Umgebung individuell angepasste Schulungen, um mit ihrer Erkrankung zurecht zu kommen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Bei Kardiomobil handelt es sich um ein Angebot der AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH. Wenn Sie an dem Projekt teilnehmen wollen, müssen Sie Ihre Zustimmung dazu erteilen, dass Ihre medizinischen Daten vom zuweisenden Arzt/Ärztin oder von der zuweisenden Krankenhausbetriebsgesellschaft an die AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH übermittelt werden.

Ich stimme zu, dass

die im Zuge meiner Behandlung vom zuweisenden Arzt/Ärztin oder von der zuweisenden Krankenhausbetriebsgesellschaft erhobenen Stammdaten (insbes. Name, Adresse, Telefonnummer, Sozialversicherungsnummer) und relevanten medizinischen Daten (insbes. Arztbrief, Laborbefunde, Daten für die Erstzuweisung wie Diagnosen, Komorbiditäten, Laborwerte) zu meiner Herzschwäche an die AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH zum Zweck der Teilnahme an dem Projekt Kardiomobil übermittelt werden.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit formlos beim zuweisenden Arzt/Ärztin oder bei der zuweisenden Krankenhausbetriebsgesellschaft widerrufen und finden ab diesem Zeitpunkt keine Übermittlungen auf Grund dieser Einwilligung mehr statt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/in