

Westpfalz-Klinikum  
GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universitäten Mainz und Heidelberg

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Dr. med. Uni/PV. Frank Müller-Bongartz  
Chefarzt

Westpfalz-Klinikum GmbH Standort III Kirchheimbolanden  
Dannenfeiser Straße 36 67292 Kirchheimbolanden

Frau  
Olga Lubeschanin  
Am Römerhof 46  
66892 Bruchmühlbach-Miesau

Abteilung/Bereich UCH2  
Ansprechpartner/-in Dr. med. Uni/PV. Frank Müller-Bongartz  
Raum 012  
Telefon 06352/405-131 od. Station K2 -3843  
Telefax 06352/405-173  
E-Mail uch2@westpfalz-klinikum.de  
Unser Zeichen WKK-KIB-UCH2  
Datum 11.07.2024

Standort III KL.KUS.KIB.ROK  
T 06352 405-0

## Entlassungsbericht

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über unsere gemeinsame Patientin, Frau **Lubeschanin Olga**, geb. am **21.12.1958**, wohnhaft Am Römerhof 46, 66892 Bruchmühlbach-Miesau, die sich **von 26.06.2024 bis 11.07.2024** in unserer Behandlung befand.

### Diagnose

Fortgeschrittene Coxarthrose rechts  
Pfannendislokation nach HTEP rechts

### Nebendiagnosen

Adipositas per magna  
aHT

### Allergien, Unverträglichkeiten, Risiken

keine bekannt

### Therapie

Op am 26.06.2024: Implantation einer verschraubten zementfreien Hüft-Totalendoprothese mit Pfannenbodenplastik (Fa. Aesculap, Excia TL- Schaft Größe 15, Konus 12/14, Plasmafit-Pfanne zementfrei Gr. 54 mm, asymmetrisches PE-Inlay, Keramikkopf 36mm, Konus 12/14, Halslänge M) über einen gewebeschonenden direkten vorderen Zugang.

OP am 03.07.2024: Revision mit Wechsel der Pfannenkomponente, Rekonstruktionsschale 52 (48) mm rechts, Hüftpfanne PE Flachprofil 32 x 46 mm zementiert, Kopf Isodur 12/14 32 mm M über einen gewebeschonenden direkten vorderen Zugang.

Schmerztherapie, Thromboseprophylaxe, Physiotherapie mit Gehschule  
Internistische Abklärung: EKG, Laborkontrolle

### Anamnese

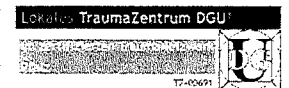
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie 2  
Chefarzt Dr. med. Uni/PV. Frank Müller-Bongartz

Sekretariat  
Susanne Gallhuber  
Britta Leumann  
T 06352 405-131  
F 06352 405-173  
E uch2@westpfalz-klinikum.de



Endoprothetikzentrum Kirchheimbolanden  
Ltd. Oberarzt Dr. med. Stephan Wilk

Sekretariat  
Elke Geyer  
T 06352 405-3969  
F 06352 405-173  
E apz-kib@westpfalz-klinikum.de



Lokales TraumaZentrum Kirchheimbolanden  
Facharzt Andreas Graser

Sekretariat  
Elke Geyer  
T 06352 405-3969  
F 06352 405-173  
E tz-kib@westpfalz-klinikum.de



Sperr-  
barcode

Westpfalz-Klinikum GmbH · Hellmut-Hartert-Straße 1 · 67655 Kaiserslautern  
www.westpfalz-klinikum.de · info@westpfalz-klinikum.de

Sparkasse Kaiserslautern  
Kreissparkasse Kusel

IBAN: DE76 5405 0220 0004 0099 99  
IBAN: DE75 5405 1550 0000 0044 16

Sparkasse Donnersberg  
apoBank

IBAN: DE78 5405 1990 0060 4717 11  
IBAN: DE69 3006 0601 0003 5787 01

Geschäftsführer: Thorsten Hemmer · Aufsichtsratsvorsitz: Anja Pfeiffer  
Registergericht Kaiserslautern HRB 3089 · USt-IdNr.: DE180151467

SWIFT-BIC: MALADE51KLK  
SWIFT-BIC: MALADE51KUS

SWIFT-BIC: MALADE51ROK  
SWIFT-BIC: DAAEDEDXXX



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	20.6.24 11:38	7.7.24 08:40	10.7.24 13:05
Natrium	136-145	mmol/l	140	136	
Kalium	3.4-4.5	mmol/l	4.0	3.9	
Calcium gesamt	2.2-2.55	mmol/l	2.40	2.29	
Troponin T (Schnelltest)					* negativ
Kreatinin (Jaffe)	0.50-0.90	mg/dl	0.71	0.60	
GFR nach CKD-EPI-Krea-Formel	>=90	ml/m/1.73	89.7	96.0	
CRP	<5	mg/l	1.0	86.5↑	
Leukozyten	4.0-11.2	Tsd/μl	9.37	10.24	
Erythrozyten	4.1-5.4	Mio/μl	5.15	3.68↓	
Hämoglobin	11.5-16.0	g/dl	14.9	10.9↓	
Hämatokrit	36.0-48.0	%	44.3	33.6↓	
MCV	80.0-96.0	fl	86.0	91.3	
MCH	28.0-33.0	pg	28.9	29.6	
MCHC	33.0-36.0	g/dl	33.6	32.4↓	
Thrombozyten	176-391	Tsd/μl	323.0	459.0↑	
Thrombocrit	0.19-0.41	%	0.3	0.4	
Thromboplastinzeit	74-120	%	107		
INR	0.8-1.2		0.98		
aPTT	24-31	sec	22↓		
Fibrinogen (abgeleitet)	150-450	mg/dl	297		



Sperr-  
barcode

#### Multiresistente Erreger (MRE)

Eine MRE-Besiedelung ist nicht bekannt.

Mit freundlichen Grüßen

*H. Brocksch*

Dr. med. Uni/PV. Frank Müller-  
Bongartz  
Chefarzt

Helen Brocksch  
Fachärztin für Orthopädie und  
Unfallchirurgie

#### Empfänger:

Dr. Stefan Geyer, Wiesenstr.39, 66892 Bruchmühlbach-Miesau

#### Nachrichtlich an:

Dres med. Heinzmann / Loew, Talstr. 49, 66424 Homburg  
Olga Lubeschanin, Am Römerhof 46, 66892 Bruchmühlbach-Miesau

Frau Lubeschanin berichtet von etwa 12 Monate andauernden Hüftgelenksbeschwerden auf der rechten Seite. Sie ist lediglich im häuslichen Umfeld noch mobil mit einem Rollator. Analgetika werden 3 x täglich eingenommen. Sie beklagt ein Schmerzniveau bis hin zu 10/10 auf der numerischen Ratingskala.

### Befunde

Aktuell besteht bei einer Körpergröße von 165 cm ein Gewicht von 125 kg. Die klinische Untersuchung zeigt bei gleicher Beinlänge ein deutliches rechts hinkendes Gangbild. Die Beweglichkeit des rechten Hüftgelenkes ist deutlich eingeschränkt mit Extension/Flexion 0-20-80°, Ab-/Adduktion 20-0-0°, Außen-/Innenrotation 20-10-0°. Deutlicher Leistendruckschmerz.

Rö BÜS, Hüfte rechts axial 01.07.2024: einliegende HTEP rechts mit Protrusion der Pfanne in das kleine Becken bei Fraktur des Acetabulums

CT Becken v. 01.07.2024:

Frischere, periprothetische, möglicherweise perioperative Fraktur rechts acetabulär mit leicht schräg anterior-posterior verlaufender Frakturlinie entlang der medialen Acetabulum-Verankerungsschraube. Begleitende beinahe horizontale Frakturierung des oberen Schambeinastes rechts.

Rö BÜS, Hüfte rechts axial 04.07.2024: Regelmäßig einliegende HTEP rechts mit Abstützpfanne mit mehrfacher Verschraubung. Keine Lockerungszeichen.

### Postoperativer Verlauf

Nach den üblichen präoperativen Vorbereitungen führten wir am 26.06.2024 den o.g. Eingriff durch. Der intra- und postoperative Verlauf gestaltete sich zunächst unauffällig. Es zeigten sich durchgehend reizlose Wundverhältnisse. Die Mobilisation erfolgte mit halbem Körpergewicht unter physiotherapeutischer Anleitung. Im Verlauf klagte die Patientin über eine deutliche Schmerzzunahme. Die durchgeführte Röntgenkontrolle zeigte den Bruch des Acetabulums mit einer Protrusion der Pfanne in das kleine Becken. Eine CT Untersuchung zur genauen Verifizierung der Fraktur und weiteren Planung des Procedere wurde mit o.g. Befund durchgeführt. Daher erfolgte am 03.07.2024 o.g. Revisionsoperation. Postoperativ besserten sich die Beschwerden deutlich. Die Wunde imponierte allzeit reizlos. Röntgenkontrollen postoperativ zeigten den regelrechten Sitz des endoprothetischen Materials. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung am Gehbock unter Entlastung des rechten Beines gelang unter anfänglichen Schwierigkeiten. Der Bewegungsausmaß für die Extension/Flexion des operierten Hüftgelenks lag bei 0-0-90°. Unter einer bedarfsgerechten Analgetikagabe lagen die Schmerzen auf einer numerischen Schmerzskala bei NAS 2.

Am Tag vor der Entlassung klagte die Patientin über kurzzeitigen Druck im Bereich des Thorax. Ein internistische Abklärung mittels EKG und Troponinkontrolle erfolgte. Ein akutes Geschehen konnte ausgeschlossen werden.

Am 11.07.2024 kann Frau Olga Lubeschanin mit reizlosen Wundverhältnissen und noch zeitgerechten und rückläufigen Restbeschwerden aus der stationären Behandlung unter Entlastung entlassen werden. Eine A für den 09.08.2024 wurde angemeldet.

### Allgemeine Empfehlungen

Die Entlastung des operierten Beines sollte für 6 Wochen postoperativ konsequent eingehalten werden. Danach ist der schrittweise Belastungsaufbau vorgesehen. Eine Röntgenkontrolle sollte, in Abhängigkeit vom Verlauf in 6 und dann in 12 Wochen erfolgen. Die begonnene Thromboseprophylaxe mit Xarelto sollte noch bis zur Vollmobilisation fortgeführt werden. Wir bitten um Wundkontrollen und Verbandswechsel, Entfernung des Naht-/Klammermaterials am 14. postop. Tag empfohlen. Ossifikationsprophylaxe mit z. B. Voltaren resinat oder Ibuprofen unter Mucoprotektion z. B. mit Pantozol 40 für 3 Wochen postop. erbeten.

### Medikation

Candesartan 32 mg 1-0-0  
Lercanidipin 10 mg 1-0-1  
Diclofenac 75 mg 1-0-1  
Novalgin 500 mg 1-1-1-1  
Pantozol 40 mg 0-0-1  
Movicol Btl 1-1-0  
Xarelto 10 mg 0-0-1

### Labor



Für den Fall, dass Sie als Selbstzahler die Krankenhausrechnung nicht, nicht pünktlich oder nicht vollständig begleichen, wird die Westpfalz-Klinikum GmbH die Forderung zum Einzug und gegebenenfalls zur gerichtlichen Geltendmachung an die Bad Homburger Inkasso GmbH, Konrad-Adenauer-Allee 1-11, 61118 Bad Vilbel übergeben. Zum Zweck der Einziehung und ggfs. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung wird die Westpfalz-Klinikum GmbH alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag etc. an die Bad Homburger Inkasso GmbH übermitteln. Insoweit entbinden Sie die Mitarbeiter der Westpfalz-Klinikum GmbH ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und stimmen der Datenübermittlung an die Bad Homburger Inkasso GmbH ausdrücklich zu.

- 2) Zur Abrechnung des stationären Krankenhausaufenthaltes kann sich die Westpfalz-Klinikum GmbH der Unterstützung der elbamed GmbH mit Sitz in Hamburg oder der „MAI - Medical Analytics and Information GmbH“ mit Sitz in Berlin bedienen, mit denen die Westpfalz-Klinikum GmbH jeweils vertraglich verbunden ist. Ihre Behandlungsunterlagen können daher nach Ihrem stationären Aufenthalt entweder an die elbamed GmbH oder an die „MAI - Medical Analytics and Information GmbH“ weitergeleitet werden. Das Datengeheimnis wird hierbei vollumfänglich geschützt und alle datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen sind gewährleistet.

Ihre Einwilligung zu 2) ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zu 2) ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der elbamed GmbH bzw. der „MAI - Medical Analytics and Information GmbH“ und der Westpfalz-Klinikum GmbH statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

**Ich nehme die vorgenannten Hinweise zur Kenntnis und willige ein, dass meine im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten an die o.g. Unternehmen weitergeleitet und durch diese verarbeitet werden.**

Kirchheimbolanden, den 20.06.2024, 11:18 Uhr  
Ort, Datum, Uhrzeit

*Lubeschanin*

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

*Löwen*

Unterschrift des Klinikumsmitarbeiters

Unterschrift des Vertreters

*Olga Lubeschanin*

Name des Klinikumsmitarbeiters in DRUCKSCHRIFT

Name und Vorname des Vertreters in DRUCKSCHRIFT



**Für alle Patienten!**

**HINWEIS AUF DIE DATENVERARBEITUNG**

**Patientenetikett**

**Frau Lubeschanin Olga**

Name, Vorname des Patienten

**21.12.1958**

Geburtsdatum des Patienten

**Am Römerhof 46, 66892 Bruchmühlbach-Miesau**

Anschrift



224003192

- 1) Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Westpfalz-Klinikum GmbH abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versicherungsstatus (z. B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversichertennummer,
5. Versichertenstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Klinikumsbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
7. Datum und Art der jeweils in der Westpfalz-Klinikum GmbH durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Klinikumsbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

## I. Serviceleistungen

### Fernsehen, Rundfunk und Telefon

Fernsehen und Rundfunk sind bei uns kostenfrei.

Wir stellen Ihnen ein **Telefon** gegen Entgelt zur Verfügung. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Bedienungsanleitung zum Multimedia-Terminal und dem Informations- und Gebührenblatt.

## II. Zuzahlungen

Gesetzlich versicherte Patienten haben für den stationären Aufenthalt bis zu 28 Tagen im Kalenderjahr zurzeit täglich 10 EUR Eigenbeteiligung zu zahlen. Die Eigenbeteiligung sollte am Entlasstag an der Kasse des Klinikums eingezahlt oder an unten genannte Bankverbindung überwiesen werden. Sollten bereits Zahlungen im aktuellen Kalenderjahr entrichtet worden sein, legen Sie uns bitte die Quittung vor.

## III. Vorschusszahlungen

Zur Deckung der Krankenhauskosten können bei Selbstzahlern bei der Aufnahme und danach alle zehn Tage Vorschüsse erhoben werden. Der Vorschuss beträgt 4.000 EUR (angelehnt an Basisfallwert).

**Alle Einzahlungen können wie folgt geleistet werden:**

Kassenzeiten	Standort I (außerhalb der Kassenzeiten an der Pforte)	Standort II (Kasse Kommunikationszentrale)	
Montag bis Donnerstag	07:45 - 10:00 Uhr	09:00 - 13:00 Uhr	14:30 - 15:30 Uhr
Freitag	07:45 - 10:00 Uhr	09:00 - 13:00 Uhr	
	Standort III	Standort IV	
Montag bis Freitag	08:30 - 12:00 Uhr	13:00 - 15:30 Uhr	08:30 - 12:00 Uhr 13:00 - 15:30 Uhr

### Bankverbindungen:

Sparkasse Kaiserslautern	Kreissparkasse Kusel	Sparkasse Donnersberg	apoBank
BIC MALADE51KLK	BIC MALADE51KUS	BIC MALADE51ROK	BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE76540502200004009999	IBAN DE755405155000000004416	IBAN DE78540519900060471711	IBAN DE69300606010003578701





Westpfalz-Klinikum  
GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universitäten Mainz und Heidelberg

Geschäftsführung

Thorsten Hemmer

Geschäftsführer

☒ Behandlungsvertrag

☐ Behandlungsvertrag mit Patienten, die belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen

zwischen

Lubeschanin, Olga

Name, Vorname des Patienten

21.12.1958

Geburtsdatum des Patienten

Am Römerhof 46, 66892 Bruchmühlbach-Mie

Anschrift



224003192

und

Westpfalz-Klinikum GmbH (als Träger des Klinikums)

Standort I Kaiserslautern (STO I)

Hellmut-Hartert-Straße 1

67655 Kaiserslautern

T 0631 203-0

Standort II Kusel (STO II)

Im Flur 1

66869 Kusel

T 06381 93-0

Standort III Kirchheimbolanden (STO III)

Dannenfeiser Str. 36

67292 Kirchheimbolanden

T 06352 405-0

Standort IV Rockenhausen (STO IV)

Krankenhausstraße 10

67806 Rockenhausen

T 06361 455-0

**über die vollstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) niedergelegten Bedingungen.**

Die Verpflichtung der Westpfalz-Klinikum GmbH erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes; zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte der Westpfalz-Klinikum GmbH, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Westpfalz-Klinikum GmbH.

Die Westpfalz-Klinikum GmbH haftet nicht für Leistungen der Belegärzte.

Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Westpfalz-Klinikum GmbH berechnen ihre Leistungen gesondert.

**Hinweis:**

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Kirchheimbolanden, den 20.06.2024, 11:18 Uhr

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter /  
Betreuer

Unterschrift des Klinikumsmitarbeiters

Unterschrift des Vertreters

Name des Klinikumsmitarbeiters in DRUCKSCHRIFT

Name, Vorname des Vertreters in DRUCKSCHRIFT



**Worms**  
**Lampertheim**  
**Kusel-Konken**  
**Viernheim**  
**Kirchheimbolanden**  
**Bad Kreuznach**

Wilhelm-Leuschner-Str. 1, 67547 Worms  
 Neue Schulstr. 12, 68623 Lampertheim  
 Erlenhöhe 1, 66871 Konken  
 Seegartenstr. 4, 68519 Viernheim  
 Dannenfelsenstr. 38a, 67292 Kirchheimbolanden  
 Eberhard-Anheuser-Str. 7, 55543 Bad Kreuznach

Tel: 06241 / 911930 • Fax: 911959  
 Tel: 06206 / 2191 • Fax: 51240  
 Tel: 06384 / 514613 • Fax: 514616  
 Tel: 06204 / 929614 • Fax: 929615  
 Tel: 06352 / 7190719 • Fax: 7190800  
 Tel: 0671 / 9205640 • Fax: 920564-69

## Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin

Radiologie Kusel-Konken

• Erlenhöhe 1, 66871 Kusel-Konken

Heinzmann  
 Unfallchirurgie/Orthopädie/Handchirurgie  
 Talstr. 49

66424 Homburg

Kusel-Konken, den 19.01.2024

ITO

Pat.-ID: 503500

Sehr geehrte Frau Doktor,

vielen Dank für die freundliche Überweisung Ihrer Patientin

Lubeschanin, Olga; geb. am 21.12.1958, wohnhaft in Am Römerhof 46, 66892  
 Bruchmühlbach-Miesau.

### MRT LWS vom 19.01.2024

#### Untersuchungstechnik:

t1\_tse\_sag, t2\_stir\_cor, t2\_tse\_sag, t2\_tse\_tra\_msma,

#### Klinische Angaben:

Listhese L5/S1.

#### Befund:

Hyperlordose der LWS mit leichter Antelisthese Segment L4/5 um ca. 3 mm. Spondylolysen bds. und rechtsbetonte Subluxation. Leichte Neuroforamenstenosen. Unauffällige Bandscheibensegmente L1/2, L2/3 und L3/4 sowie L5/S1.

#### Beurteilung:

Antelisthese vera Grad 1 nach Meyerding im Segment L4/5 mit leichter Neuroforamenstenosen. Rechts betont deformierende Facettenarthrosen mit rechtsbetonter leichter Subluxation.

Mit freundlichem Gruß

Dr. E. Schäfer / Dr. M. Geling / A. Schulz / Dr. M. Beyer / Dr. S. Tabari / Prof. P. Hallscheidt / Dr. R. Rosner / Dr. K. Schäfer

Befund wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Dr. med. E. Schäfer  
 Facharzt für Radiologie und  
 Nuklearmedizin

Dr. med. M. Geling  
 Facharzt für Nuklearmedizin

Andreas Schultz  
 Facharzt für Radiologie

Dr. med. M. Beyer  
 Facharzt für Radiologie

Dr. med. S. Tabari  
 Fachärztin für diagnostische  
 Radiologie

Prof. Dr. med.  
 P. Hallscheidt  
 Facharzt für Radiologie

Dr. med. Katharina  
 Schäfer  
 Fachärztin für Radiologie

Kernspintomographie  
 (OFFENES MRT)  
 alle Körperregionen  
 einschließlich:  
 • MRT-Mammographie  
 • MRT-Angiographie  
 • MRT-Arthrographie  
 • MRT-Defäkographie  
 • MRT-Prostata  
 • Ganzkörper-MRT  
 • Kardio-MRT  
 • Kieferfunktions-Diagnostik

Computertomographie  
 (CT)  
 alle Körperregionen  
 einschließlich:  
 • Knochendichtemessung  
 • Dental-CT  
 • CT-gesteuerte Schmerz-  
 therapie  
 • CT-gesteuerte Biopsie  
 • CT-Myelographie

Nuklearmedizin  
 • Schilddrüsendiagnostik  
 • Skelettszintigraphie  
 • Myokardszintigraphie  
 • Lungenszintigraphie  
 • Radiosynoviorthese

Digitales Röntgen  
 alle Körperregionen  
 einschließlich:  
 • Durchleuchtung  
 • Funktionsmyelographie

Digitale Mammographie

Sonographie





Westpfalz-Klinikum  
GmbH

**Chefarzt:**

Dr. med. Frank Müller-Bongartz

## WEBZUGRIFF AUF MEDIZINISCHE BILDDATEN

**Ausgestellt durch:**

Westpfalz-Klinikum GmbH  
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie 2  
Dannenfelderstr. 36  
67292 Kirchheimbolanden  
T 06352 405-0  
T 06352 405-131  
E uch2@westpfalz-klinikum.de

**QR-Code:**



Für die Vollständigkeit und Richtigkeit von  
Fremdaufnahmen und Fremdbefunden übernimmt das  
Westpfalz-Klinikum keine Gewähr.

**Berechtigungen:**

Ansehen und Herunterladen

**Zugriff gültig ab:**

01.07.2024

**Zugriff gültig bis:**

29.09.2024

**Internetadresse:**

<https://xray.westpfalz-klinikum.de>

**Zugriffscod:**

4D62-D3F8-A59C-5524

Studienbeschreibung

RÖ Becken

RÖ Hüfte RE

Hüftgelenkttotalendoprothese, zementfrei

RÖ Becken

Studiendatum

01.07.2024

01.07.2024

26.06.2024

20.06.2024

Modalitäten

CR

CR

RF

OT,CR,SR

Es werden die aktuellsten 4 von 5 Studien dargestellt.

**Systemanforderungen:**

Internet Verbindung >= 1MBit Bandbreite

Unterstützte Web Browser: Firefox >= 6, Internet Explorer >=8, Google Chrome

**Kurzanleitung:**

1. Öffnen Sie einen Webbrowser.
2. Geben Sie die angegebene Internetadresse in die Adresszeile des Webbrowsers ein.
3. Überprüfen Sie, dass eine sichere Verbindung aufgebaut wurde (grün-hinterlegte Adresszeile des Browsers).
4. Geben Sie den angegebenen Zugriffscode und das Geburtsdatum des Patienten ein.
5. Klicken Sie auf die Schaltfläche „Login“.
6. Wählen Sie aus der Liste die gewünschten Bilddaten durch Anklicken aus.
7. Rufen Sie mit der Schaltfläche „Ansehen“ die Bilddaten in einem neuen Fenster zur Betrachtung auf.
8. Klicken Sie auf die Schaltfläche „Download erstellen“, um das Zusammenstellen der Daten für den Download zu starten. Diese Schaltfläche steht Ihnen in Abhängigkeit der Freigabe eventuell nicht zur Verfügung. Mit der Schaltfläche „Speichern“ wird der Download gestartet.
9. Über die Schaltfläche „Logout“ können Sie sich vom System abmelden.

**Hinweis:**

Dieses Dokument enthält vertrauliche Informationen, bitte bewahren Sie es sorgfältig auf.

Die Eingabe der auf diesem Dokument enthaltenen Zugriffsdaten sollte ausschließlich in einer vertrauenswürdigen Umgebung erfolgen, um ein Mitlesen der Authentisierungsinformationen durch unbefugte Dritte zu vermeiden.

Die unbefugte Weitergabe dieses Dokuments ist nicht gestattet.



**Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!**  
Der Inhalt dieses Formulars ist nach § 39 Abs. 1a, S. 9 SGB V bundeseinheitlich verpflichtend.

## Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V

### Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. ☐ es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

### Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher oder elektr. Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche oder elektr. Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

### Entlassmanagement durch "Beauftragte" außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

### Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht



Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.



Sperr-  
barcode



**Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!**

Name, Vorname des Patienten **Lubeschanin, Olga**  
geboren am 21.12.1958  
wohnhaft in Am Römerhof 46,  
66892 Bruchmühlbach-Miesau

**1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung**

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

☒ Ja

☐ Nein

Angaben zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 "Ja" angekreuzt wurde:

**2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung**

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse **BKK mkk - meine Krankenkasse** die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

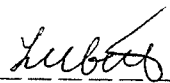
☒ Ja

☐ Nein

☐ Widerruf zum

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Kirchheimbolanden 20.06.2024  
Ort, Datum

  
Unterschrift des Patienten

☐ Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters



Westpfalz-Klinikum  
GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universitäten Mainz und Heidelberg

Geschäftsführung  
Thorsten Hemmer  
Geschäftsführer

### **Für alle Patienten!**

## **EINWILLIGUNG IN DATENÜBERMITTLUNGEN ZWISCHEN HAUSÄRZTEN / SONSTIGEN VOR- / NACH- / WEITERBEHANDLERN UND DER WESTPFALZ-KLINIKUM GMBH (Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a, Art. 9 Abs. 2 a DS-GVO)**

### **Patientenetikett**

**Frau Lubeschanin Olga**

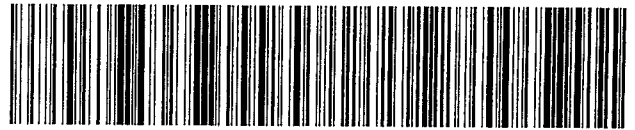
Name, Vorname des Patienten

**21.12.1958**

Geburtsdatum des Patienten

**Am Römerhof 46, 66892 Bruchmühlbach-Miesau**

Anschrift



224003192

### **1. Datenübermittlungen des Krankenhauses an Hausärzte / sonstige Ärzte / Behandler:**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an  
meinen Hausarzt

Ja ☒ Nein ☐ Abfrage nicht erfolgt ☐

Einweiser/Überweiser

Ja ☒ Nein ☐ Abfrage nicht erfolgt ☐

Sonstige an der Diagnosestellung beteiligte Vorbehandler

Ja ☒ Nein ☐ Abfrage nicht erfolgt ☐

Nach-/ Weiterbehandler

Ja ☒ Nein ☐ Abfrage nicht erfolgt ☐

zum Zwecke der Dokumentation und / oder Weiterbehandlung übermittelt. Dabei dient insbesondere die  
Übermittlung an den **Hausarzt** der Erstellung und Vervollständigung einer von diesem durchzuführenden  
zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon,  
ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meinem Hausarzt /  
sonstigen Arzt / Behandler übernommen wird.

### **2. Anforderung von Daten von Hausärzten / sonstigen Ärzten / Behandlern:**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt bzw. sonstigen  
Vorbehandler / Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine  
Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu  
den Zwecken verarbeiten, zu denen sie übermittelt worden sind.

Ja ☒ Nein ☐ Abfrage nicht erfolgt ☐

Mein Hausarzt ist: **Herr Dr. Stefan Geyer, Wiesenstr.39, 66892 Bruchmühlbach-Miesau**

(Name und Anschrift des Hausarztes)

**Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu  
Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante  
Daten nicht vorliegen.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im  
Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o. g. Behandlern und der  
Westpfalz-Klinikum GmbH statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger.  
Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er  
hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**



Westpfalz-Klinikum  
GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universitäten Mainz und Heidelberg

Geschäftsführung  
Thorsten Hemmer  
Geschäftsführer

## KENNTNISNAHME UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

<b>Patientenetikett</b>
<b>Frau Lubeschanin Olga</b>
_____ Name, Vorname des Patienten
<b>21.12.1958</b>
_____ Geburtsdatum des Patienten
<b>Am Römerhof 46, 66892 Bruchmühlbach-Miesau</b>
_____ Anschrift



224003192

Ich habe jeweils Kenntnis über die folgenden Formulare erhalten

- ☒ des Behandlungsvertrages/des Behandlungsvertrages mit Patienten, die belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen
  - ☐ der Ergänzung zum Behandlungsvertrag zur Sterilisation der Frau
  - ☐ der wichtigen Patienteninformation vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen
  - ☐ der Wahlleistungsvereinbarung inkl. der Liste der liquidationsberechtigten Ärzte und deren Vertreter
  - ☒ des Hinweises auf die Datenverarbeitung
  - ☐ der Einwilligung zur Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle
  - ☒ der Patienteninformation zum Entlassmanagement
  - ☒ der Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung
  - ☐ der Bedienungsanleitung zum Multimedia-Terminal und das Informations- und Gebührenblatt
  - ☒ Informationen bzgl. der elektronischen Patientenakte (ePA)
- erhalten und erkläre mich mit deren Inhalten einverstanden.

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten gem. Art. 12 ff. DS-GVO sind im Bereich der Aufnahme, der „DRG-Entgelt- oder PEPP-Entgelttarif und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG/BPflV“ ist auf Station einsehbar. Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und die Hausordnung können ebenfalls auf Station eingesehen werden.

Ich erkläre mich mit den Inhalten der folgenden Dokumente bzgl. Datenübermittlung einverstanden:

- ☒ Einwilligung in Datenübermittlungen zwischen Hausärzten/sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlern und der Westpfalz-Klinikum GmbH
- ☐ Einwilligung in die Datenübermittlungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen / Beihilfestellen und der Westpfalz-Klinikum GmbH

Wir bitten die Anlage **Hinweise zum Datenschutz** entsprechend zu beachten, weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter: <https://www.westpfalz-klinikum.eu/datenschutz>.

Pat.: Lubeschanin, Olga, geb. Walter, \* 21.12.1958, W

### Freiwillige Angaben

	Ja	Nein
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei <b>Anfragen durch Dritte</b> (persönlich oder telefonisch) Auskunft über meinen Aufenthalt durch die Pforte, andere Auskunftsstellen oder das Stationspersonal erteilt wird:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche einen <b>Besuch</b> durch die benannten <b>Seelsorger/Pfarrer</b> der Westpfalz-Klinikums GmbH. Hierfür teile ich meine Konfession mit: _____ und erkläre mich zu diesem Zweck damit einverstanden, dass mein/e Konfession/Name/Ort/Zimmernr./Behandelnde Einheit, während des Aufenthalts im Krankenhaus an diese übermittelt wird.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich wünsche den Besuch durch grüne Damen und Herren zur Begleitung im bzw. Gestaltung des Alltages im Krankenhaus und erkläre mich zu diesem Zweck damit einverstanden, dass mein/e Konfession/Name/Ort/Zimmernr./Behandelnde Einheit/Geburtsdatum während des Aufenthalts im Krankenhaus an diese übermittelt wird.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ich erkläre mich damit <b>einverstanden</b> , aus Gründen der Patientensicherheit ein Identifikationsarmband mit meinem Nachnamen, Vornamen, Geburtsdatum und einer Fallnummer zu tragen:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kirchheimbolanden, den 20.06.2024, 11:18 Uhr  
Ort, Datum, Uhrzeit

*Lubesch*

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

*J. Löwen*

Unterschrift des Klinikumsmitarbeiters

Unterschrift des Vertreters

*Hann Löwen*

Name des Klinikumsmitarbeiters in DRUCKSCHRIFT

Name, Vorname des Vertreters in DRUCKSCHRIFT



**Westpfalz-Klinikum  
GmbH**

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universitäten Mainz und Heidelberg

**Geschäftsführung**  
**Thorsten Hemmer**  
Geschäftsführer

Westpfalz-Klinikum GmbH Standort III Kirchheimbolanden  
Dannenfelser Straße 36 67292 Kirchheimbolanden

Frau  
Olga Lubeschanin  
Am Römerhof 46  
66892 Bruchmühlbach-Miesau

Abteilung/Bereich Referat Rechnungswesen  
Ansprechpartner/-in Debitorenbuchhaltung  
Raum Haus 17/Ebene 1/Raum 3  
Telefon (0631) 203-1611  
Telefax (0631) 203-1802  
E-Mail rw@westpfalz-klinikum.de  
Unser Zeichen  
Datum **Kaiserslautern, 20.06.2024**

Standort III KL.KUS.KIB.ROK  
T 06352 405-0

### MERKBLATT

## STATIONÄRE ZUZAHLUNG BEI GESETZLICH VERSICHERTEN GEM. §39 ABS. 4 SGB V

Patientin: **Frau Olga Lubeschanin**

geboren am: 21.12.1958

Aufnahmedatum/Uhrzeit:

Uhr

Fallnummer: 224003192

Fachabteilung: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie 2



Sperr-  
barcode

Sehr geehrte Frau Lubeschanin,

aufgrund der gesetzlichen Regelung nach § 39 Abs. 4 SGB V sind Sie als gesetzlich Versicherter verpflichtet, für stationäre Krankenhausbehandlungen eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 € pro Kalendertag (incl. Aufnahme- und Entlassungstag), für maximal 28 Tage in einem Kalenderjahr zu entrichten.

Die Zuzahlung entfällt bei:

- Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- teilstationärer Krankenhausbehandlung
- stationärer Entbindung
- stationärer Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung
- Befreiung durch die Krankenkasse

Wir bitten Sie, den Zuzahlungsbetrag während Ihres stationären Aufenthaltes oder aber spätestens am Entlassungstag bar an der Kasse zu entrichten. Es besteht an den Standorten Kaiserslautern, Kusel und Kirchheimbolanden die Möglichkeit, den Betrag per EC-Karte zu bezahlen. Außerdem können Sie uns den Zuzahlungsbetrag unter Angabe der Aufnahme- und des Patientennamens auf eine der unten genannten Bankverbindungen überweisen.

Sollte auf diesen genannten Wegen keine Zahlung bei uns eingehen, werden wir Ihnen eine Rechnung/Zahlungsanforderung und Anhörung nach § 24 SGB V zusenden.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Klinikumsverwaltung

**Westpfalz-Klinikum GmbH** · Helmut-Hartert-Straße 1 · 67655 Kaiserslautern  
www.westpfalz-klinikum.de · info@westpfalz-klinikum.de

Sparkasse Kaiserslautern  
Kreissparkasse Kusel

IBAN: DE76 5405 0220 0004 0099 99  
IBAN: DE75 5405 1550 0000 0044 16

Sparkasse Donnersberg  
apoBank

IBAN: DE78 5405 1990 0060 4717 11  
IBAN: DE69 3006 0601 0003 5787 01

**Geschäftsführer:** Thorsten Hemmer · **Aufsichtsratsvorsitz:** Anja Pfeiffer  
Registergericht Kaiserslautern HRB 3089 · USt-IdNr.: DE180151467

**SWIFT-BIC:** MALADE51KLK  
**SWIFT-BIC:** MALADE51KUS

**SWIFT-BIC:** MALADE51ROK  
**SWIFT-BIC:** DAAEEDDDXXX







**Nur für gesetzlich versicherte Patienten!**

**INFORMATIONEN BZGL. DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE (ePA) – STATIONÄRER BEREICH  
(GEMÄß §§ 348, 349, 353 ABS. 2 SGB V)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieses Formular betrifft Sie nur, wenn Sie sich für eine elektronische Patientenakte (ePA) entschieden haben bzw. eine ePA aktuell anlegen möchten. Die ePA ist eine versichertengeführte Akte. Dies bedeutet, dass Sie bestimmen, ob Dokumente / Daten in Ihrer ePA gespeichert werden, wer diese Daten mit Ihrer Einwilligung einsehen und verarbeiten darf und ob Dokumente / Daten gelöscht werden.

**Übermittlung und Speicherung von Daten aus der konkreten Krankenhausbehandlung**

Nach § 348 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben Sie einen Anspruch darauf, dass Ihre Person betreffende Daten in Ihre ePA übermittelt und dort gespeichert werden. Dies bezieht sich auf Daten der **aktuellen Krankenhausbehandlung**, soweit diese im Rahmen dieser Behandlung elektronisch erhoben werden.

Beispielhaft handelt es sich dabei um folgende Daten:

- über medizinische Informationen, insbesondere Daten zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten und geplanten Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichten, usw.,
- zum Nachweis der regelmäßigen Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen (elektronisches Zahn-Bonusheft),
- zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (elektronisches Untersuchungsheft für Kinder),
- über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (elektronischer Mutterpass),
- der Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Impfdokumentation),
- zur pflegerischen Versorgung des Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und 39c SGB V und der Haus- oder Heimpflege nach § 44 des SGB VII und nach dem SGB XI,
- elektronischer Verordnungen nach § 360 Abs. 1 SGB V und
- sonstige von den Leistungserbringern für Sie bereitgestellte Daten.

Wenn Sie es wünschen, werden wir die relevanten Daten in Ihre ePA übermitteln und dort speichern. Dies geht allerdings nur, sofern andere Rechtsvorschriften dem nicht entgegenstehen.

**Übertragung von Daten und Speicherung**

Ergänzend können Sie gemäß § 349 Abs. 1 SGB V folgende weitere Daten in Ihre ePA übertragen und speichern lassen:

- elektronische Erklärungen zur Organ- und Gewebespende sowie Hinweise auf Vorhandensein und Aufbewahrungsort einer Erklärung,
- Hinweise auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen,
- den elektronischen Medikationsplan,
- elektronische Notfalldaten,
- elektronische Verordnungen sowie
- elektronische Arztbriefe nach § 383 Abs. 2 SGB V.

Sofern Sie es wünschen, werden wir auch diese Daten in Ihre ePA übermitteln und dort speichern.



## **Aktualisierung der Daten des elektronischen Medikationsplans und/oder der elektronischen Notfalldaten**

Sollten sich Daten Ihres elektronischen Medikationsplans und/oder Ihre elektronischen Notfalldaten ändern, die bereits in Ihrer ePA gespeichert sind, können diese Daten auf Ihrer ePA aktualisiert werden. Dieser Anspruch richtet sich gegen denjenigen Leistungserbringer, der die Daten geändert hat.

### **Zugriff auf Ihre ePA nur mit Ihrer Einwilligung**

Nach § 352 Abs. 1 SGB V dürfen wir auf Ihre ePA-Daten nur mit Ihrer Einwilligung zugreifen.

In der Regel schalten Patienten im Vorfeld eines stationären Krankenhausaufenthaltes das Krankenhaus für den Zugriff auf Ihre ePA-Daten mit dem eigenen Smartphone frei und erteilen damit ihre Einwilligung. Haben Sie dies noch nicht getan und möchten dem Krankenhaus den Zugriff freischalten, besteht die Möglichkeit, dies hier im Krankenhaus zu erledigen.

Sofern Sie dies an einem Krankenhaus-Kartenterminal erledigen möchten, müssen wir Sie nach § 352 Abs. 2 SGB V allerdings vorab auf Folgendes hinweisen: Eine Freischaltung über ein Krankenhaus-Kartenterminal bietet Ihnen nicht die gleichen Möglichkeiten wie eine Freischaltung über Ihr Smartphone. Über Ihr Smartphone haben Sie mehr Möglichkeiten. Sie können einzelne Dokumente oder auch Gruppen von Dokumenten freischalten, also genauer bestimmen, welche Dokumente das Krankenhaus einsehen darf. Über unsere Kartenterminals ist eine Freigabe dieser Genauigkeit leider technisch nicht möglich. Hier kann nur eine Freigabe auf Kategorien von Dokumenten, insbesondere medizinische Fachgebieten, erfolgen. Wir bitten Sie, dies zu bedenken!

Für Ihre optimale Behandlung sind alle Daten wichtig, auch die Daten aus Ihrer ePA.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Sperr-  
barcode