



Einverständnis zur Direktauszahlung/Abtretung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Aachen (AÖR), Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen die im Rahmen meiner Behandlung erbrachten Krankenhausleistungen unmittelbar mit meiner Krankenversicherung/dem Sozialhilfeträger/beteiligten Haftpflichtversicherungen/beteiligten Unfallversicherungen bzw. meine gegenüber dem Unfallverursacher zustehenden Ansprüche aus [§§ 823 ff. BGB/StVG/StVO](#) direkt mit diesem abrechnen darf.

Soweit rechtlich zulässig, trete ich die mir aus meiner Krankenhausbehandlung im Universitätsklinikum Aachen gegen meine Krankenversicherung/den Sozialhilfeträger/beteiligten Haftpflichtversicherungen/beteiligten Unfallversicherungen zustehenden Erstattungsansprüche bzw. meine gegenüber dem Unfallverursacher zustehenden Ansprüche aus [§§ 823 ff. BGB/StVG/StVO](#) bis zur Höhe der entstehenden/entstandenen Krankenhauskosten an das Universitätsklinikum ab.

Ich bin damit einverstanden, dass der Erstattungsbetrag nach Erhalt der Krankenhausrechnung unmittelbar unter Angabe der Aufnahme- und der Rechnungsnummer an das Universitätsklinikum Aachen, Geschäftsbereich Finanzmanagement, unter Verwendung der Bankverbindung:

Commerzbank AG (IBAN: DE 79 3908 0005 0203 3094 00; BIC: DRESDEFF390) ausgezahlt wird.

Ort, Datum

Patientin/Patient

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

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Datenschutzerklärung

Ich erlaube dem Universitätsklinikum Aachen, die zur Abrechnung der Behandlung erforderlichen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten an die Krankenversicherung/den Sozialhilfeträger/die beteiligte Haftpflichtversicherung/beteiligte Unfallversicherung zu übermitteln. Für diesen Zweck entbinde ich die zuständigen Mitarbeiter/innen des Universitätsklinikums Aachen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht ([§ 203 StGB](#)).

Zum Zwecke der kostenmäßigen Abwicklung der oben genannten Behandlung befreie ich hiermit meine Krankenversicherung/den Sozialhilfeträger/die beteiligte Haftpflichtversicherung/die beteiligte Unfallversicherung und deren jeweilige Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Universitätsklinikum Aachen die erforderlichen Auskünfte für die Bearbeitung der Kostenübernahme zu erteilen.

Ort, Datum

Patientin/Patient