



Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen

Private Krankenversicherung

Name, Vorname und Anschrift d. Hauptversicherten (falls abweichend vom Patienten; bei minderjährigen Patienten ggf. zusätzliche Name, Vorname und Anschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Zwischen d. oben genannten Patienten/-in (bzw. bei minderjährigen Patienten: dem oder den oben genannten Sorgeberechtigten) und dem Universitätsklinikum Aachen wird die ambulante Beratung und Behandlung in der privatärztlichen Ambulanz der Klinik/des Instituts für _____ ab dem _____ bis auf schriftlichen Widerruf durch d. Patienten/in vereinbart.

Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Fachärzte hinzugezogen werden, erfolgt auch hierbei eine privatärztliche Beratung und Behandlung.

Das berechnete Honorar für die privatärztliche Behandlung ist an das Universitätsklinikum zu zahlen, das von zugezogenen anderen Ärzten berechnete Honorar an diese persönlich bzw. an das Universitätsklinikum.

Ort, Datum

Patientin/Patient

Krankenhausmitarbeiterin/
Krankenhausmitarbeiter

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile hiermit die Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Aachen die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Diagnosen, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i. S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der umseitig aufgelisteten Abrechnungsstellen ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkasso ggfls. unter Abtretung der Forderung zur Verfügung gestellt werden. Insofern entbinde ich die Behandler bzw. das Universitätsklinikum Aachen ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ort, Datum

Patientin/Patient

Verrechnungsstellen der liquidationsberechtigten Ärzte

