



Einwilligung zur Datenübermittlung

(nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m.

§ 17 Abs. 3 S. 6 Krankenhausentgeltgesetz)

bei stationärer Behandlung

Ich habe mich mit Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt, dass das Krankenhaus bzw. die liquidationsberechtigten Ärzte – je nachdem, welche Wahlärzte an meiner Behandlung mitwirken – die umseitig aufgeführten externen Abrechnungsstellen ggfls. unter Abtretung der Forderung mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt haben. Dazu ist die Angabe und die Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherung, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ) und die dazugehörige(n) Diagnosen, Befunde, Verlaufsdokumentation erforderlich.

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

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus den externen Abrechnungsstellen diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt und entbinde die Behandler insoweit 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.

Ort, Datum

Patientin/Patient

Verrechnungsstellen der liquidationsberechtigten Ärzte

