



*10000085*WL Diez

Ggf. gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Adresse

Adresse

Stellung zum Patienten:

- Mutter Vater
 Betreuer
 Oder _____

Ambulant

Stationär

Ich habe mich mit Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom _____ für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt, dass das Krankenhaus die nachfolgenden Abrechnungsstellen mit der Durchführung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt hat:

Abrechnungsstelle	Wahlarzt/Wahlärztin
Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg/Lahn GmbH, Auf der Heide 6, 65553 Limburg E-Mail Datenschutzbeauftragter: datenschutz@pvs-limburg.de	1. Dr. Asef Amani 2. Dr. Cornelia Lippold 3. Dr. Michael Petermeyer 4. Dr. Markus Brauckmann 5. Dr. Karin Holzhäuser 6. Sofie Konzal 7. Dr. Thomas Heß 8. Claudia Suchatzki
PRI-MED-ACC, Hochwaldallee 61, 16562 Bergfelde E-Mail Datenschutzbeauftragter: datenschutz@primedacc.de	1. PD Dr. Udo Heuschen 2. Dr. Alexander Bode 3. Dr. Stefan Roland

Ich bin mit der Weitergabe der jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere der Patientendokumentation (wie z.B. erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen, Untersuchungs- und Behandlungsdaten etc.) sowie persönlicher Daten (wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse etc.) an die oben genannten Abrechnungsgesellschaften zum Zwecke der Abrechnung einverstanden. Zudem bin ich mit der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs der Forderungen an die oben genannten Abrechnungsgesellschaften einverstanden.

Gleichzeitig erkläre ich mich in Bezug auf die Rechnungserstellung durch die Abrechnungsgesellschaft MEDAL Medizinische Abrechnung GmbH damit einverstanden, dass der Druck und Versand der Rechnungen durch die DATEV eG, Paumgartnerstraße 6-14, 90429 Nürnberg, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Erfordernisse, erfolgen darf.

Ich stimme zu, dass die oben genannten Abrechnungsgesellschaften die Leistungen meines Wahlarztes/meiner Wahlärztin im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnungen einziehen werden. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenakte einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung sind die o.g. Abrechnungsgesellschaften Prozesspartei; mein Wahlarzt/meine Wahlärztin kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Wahlarzt/die Wahlärztin hiermit zugleich auch von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht.



Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Krankenhaus, dem/der Wahlarzt/Wahlärztin oder der zuständigen Verrechnungsstelle widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und der Abrechnungsgesellschaft mehr statt.

Die ärztliche Behandlung ist nicht von dieser Einwilligung abhängig.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Bei minderjährigen Patienten und gemeinsamen Sorgerecht:

Datum

Unterschrift des zweiten Elternteils

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patienten:

Der allein unterzeichnende Sorgeberechtigte sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des ggf. weiteren abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters



Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 12ff. DSGVO i.V. §§ 32 ff. BDSG – neu)

Sehr geehrte/r Patient/in,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Die von den Abrechnungsstellen verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht der Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte an den Datenschutzbeauftragten der jeweiligen Abrechnungsgesellschaft. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters