



\*10000020\* Wahlleistungsvereinbarung

**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
<b>Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg/Lahn GmbH, Auf der Heide 6, 65553 Limburg</b> E-Mail Datenschutzbeauftragter: <a href="mailto:datenschutz@pvs-limburg.de">datenschutz@pvs-limburg.de</a>	1. Dr. Patricia Schaub 2. Dr. Reimund Prokein 3. Prof. Dr. Stephan Steiner 4. Melek Schnack 5. Prof. Dr. Stefan Rupp 6. Dr. Peter Scheler 7. Dr. Stephan Walter 8. Sven Göbel 9. Christoph Kosok 10. PD Dr. Michael Fries 11. Dr. Thomas Heß 12. Dr. Kay Becker 13. Dr. Martin Henzel 14. Claudia Suchatzki 15. Dr. Sven Antweiler
<b>PRI-MED-ACC, Hochwaldallee 61, 16562 Bergfelde</b> E-Mail Datenschutzbeauftragter: <a href="mailto:datenschutz@primedacc.de">datenschutz@primedacc.de</a>	1. PD Dr. Udo Heuschen 2. Dr. Alexander Bode 3. Dr. Stefan Roland 4. PD Dr. Katrin Neubauer-Saile 5. Prof. Dr. Thomas Neuhaus 6. Viktor Lang 7. Eric Frank
<b>MEDAL Medizinische Abrechnung GmbH, Siemensstr. 3, 64859 Eppertshausen</b> E-Mail Datenschutzbeauftragter: <a href="mailto:datenschutz@medal-gmbh.de">datenschutz@medal-gmbh.de</a>	1. Dr. Andreas Klisch 2. -

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