



Einwilligung zur Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung bzw. an eine externe Abrechnungsstelle

(nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten/
Selbstzahler auszufüllen)

www.krankenhaus-tutzing.de

T 08158 / 23 - 0

F 08158 / 23 - 140

info@krankenhaus-tutzing.de

Im Rahmen des von Ihnen bzw. des zu Ihren Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages werden personenbezogene Daten über Ihre Person und medizinische Daten zu Ihrer Person gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen und gesetzlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger und ggf. Abrechnungsstellen, Weiter- und Mitbehandler) übermittelt. In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versicherungsstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

1. Name des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus
2. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegegewicht
3. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren
4. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen
5. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Als Selbstzahler, privat versicherter bzw. privat zusatzversicherter Patient willige ich ein, dass meine Daten, soweit sie zur Abrechnung erforderlich sind, zum Zwecke der Durchführung der Abrechnung an eine externe Abrechnungsstelle weitergeleitet werden. Diese sind die Abrechnungsstellen **PVS rhein-ruhr GmbH, Remscheider Straße 16, 45481 Mühlheim an der Ruhr**. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bin mit der Weiterleitung an diese Abrechnungsstelle einverstanden:

Ja **Nein**

Für den Fall, dass zwischen meiner privaten Krankenversicherung / Zusatzversicherung und dem Krankenhaus die direkte Abrechnung vereinbart wurde, mache ich von dieser Möglichkeit Gebrauch und stimme der Übermittlung meiner Behandlungsdaten an das private Krankenversicherungsunternehmen im Wege des elektronischen Datenaustausches zu.

Für den Fall, dass bei mir ein Pflegegrad besteht, bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus diesen übermittelt.

Ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden:

Ja **Nein**

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem privaten Krankenversicherungsunternehmen und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen schriftlich ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Für den Fall des Widerrufs des Datenaustausches verpflichte ich mich, selbst für die entstandenen Kosten aufzukommen bzw. für einen vollständigen Ausgleich offener, entstandener Kosten gegenüber dem Krankenhaus zu sorgen.

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Bitte beachten Sie: Die Patienteninformationen zum Datenschutz liegen an der Aufnahme für Sie kostenlos bereit.