

Pfalzlinikum, Weinstraße 100, 76889 Klingenmünster

*Patientenetikett*

Unsere Einrichtungen befinden sich in:  
Klingenmünster, Kaiserslautern, Kusel,  
Landau, Speyer, Rockenhausen, Wörth,  
Pirmasens

**Einwilligung in Datenübermittlungen**  
**zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Krankenhäusern**  
**(Direktabrechnung und Mitteilung eines Pflegegrades)**

(Art. 6 Abs. 1 a, f, Art. 9 Abs. 2 a, f, Abs. 4 DS-GVO / § 6 Ziff. 2, § 13 Abs. 2 Ziff. 1, 6 DSGVO / § 6 Abs. 1 b, § 11 Abs. 2 a, f, Abs. 4 KDG i.V.m. § 17 c Abs. 5 KHG, § 301 Abs. 2a SGB V)

**Nur vom privat versicherten bzw. privat Zusatzversicherten Patienten auszufüllen!**

**Direktabrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung**

Ich mache von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung Gebrauch. Dies gilt auch für den Fall, dass eine Übergangspflege gemäß § 39e SGB V in Anspruch genommen wird.

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift meiner privaten Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nummer

**Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an meine private Krankenversicherung zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.**

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

- Name des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus,
- 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,
- Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,

**Angabe/ Mitteilung eines Pflegegrades**

**Ich bin damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus mitteilt/übermittelt ob und ggf. welcher Pflegegrad bei mir besteht.**

Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Krankenhaus wichtig, um die Rechnung korrekt stellen zu können.

**Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, wird Ihnen die Rechnung zugesandt.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre 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 Krankenträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters