

Patientenetikett

Geschäftsführer

Paul Bomke

Weinstraße 100
76889 KlingenmünsterTel. 06349 900-0
Fax 06349 900-1099info@pfalzkl. Klinikum.de
www.pfalzkl. Klinikum.de**Unsere Einrichtungen befinden sich in:**
Klingenmünster, Kaiserslautern, Kusel,
Landau, Speyer, Rockenhausen, Wörth,
Pirmasens

Einwilligung in die Datenübermittlung
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 bedeutet nur, dass nicht ich die Rechnung bekomme, sondern diese direkt an meine private Krankenversicherung übermittelt 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,
- Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Angabe/ Mitteilung eines Pflegegrades

Für den Fall, dass bei mir ein Pflegegrad besteht, bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus diesen übermittelt. 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, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile. 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 Krankenausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenausträger 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

Pfalzkl. Klinikum für Psychiatrie und Neurologie AdÖR

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz

Verwaltungsratsvorsitzender: Theo Wieder **Geschäftsführer:** Paul Bomke**Steuernummer:** 24/668/0118/2 **Bank:** Sparkasse Südliche Weinstraße**BIC:** SOLADES1SUW **IBAN:** DE28 5485 0010 0000 0002 40

Formular-Nr.: 19508

Seite 1 von 1

Wir gehören zum
**BEZIRKS
VERBAND
PFALZ**

Stand 28.06.2019