Formular zurücksetzen

Patient*innendaten

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG
Verwaltung des Klinikums
Geschäftsbereich Patienten
Zentrale Abrechnung

Telefon: 0761 270-21510
Telefax: 0761 270-18550

Einwilligung zur Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle

(nach Art. 6 Abs. 1a; Art. 7 und Art. 9 Abs. 1, Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO)

Ich habe mich für die Erbringung ambulanter privatärztlicher Leistungen bzw. für Behandlungsleistungen zu Lasten der Unfallversicherungsträger entschieden. Das Universitätsklinikum Freiburg beabsichtigt mit der Durchführung der Abrechnung und des Einzugs der erbrachten Leistungen die Abrechnungszentren

- **unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Str. 17-19, 66687 Noswendel**
- **ProMed GmbH, Märkische Straße 109, 44141 Dortmund**
- **PVS rhein-ruhr GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**
- **PVS Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim**
- **BFS health finance GmbH, Hülshof 24,44369 Dortmund**

zu beauftragen. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie

- Name
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Behandlungstage
- erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ) und dazugehörige Diagnosen

erforderlich. Die Mitarbeiter*innen der Abrechnungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Liste der Abrechnungsstellen je Wahlarzt kann Ihnen auf Wunsch bei der Patientenanmeldung ausgehändigt werden.

Die Verarbeitung durch die Abrechnungsstellen umfasst u. a. die Speicherung der erstellten Rechnungen für die Dauer von 10 Jahren gemäß § 257 Abs. 4, Abs. 1 Nr. 4 HGB, § 146 Abs. 3 S. 1, Abs. 1 Nr. 4 AO.

Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Freiburg der externen Abrechnungsstelle diese Daten zum Zweck der Rechnungsstellung und des Inkasso übermittelt und meine kompletten Patientenunterlagen unter strengen Sicherheitsvorkehrungen kurzzeitig der externen Abrechnungsstelle hierfür überlässt. Zu diesem Zweck entbinde ich die Mitarbeiter*innen und behandelnden Ärzt*innen des Universitätsklinikums Freiburg von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die o. g. externen Abrechnungsstellen meine Behandlungsdaten zum Zwecke der Anonymisierung verarbeiten, um nachfolgend Auswertungen in ausschließlich anonymer Form zu erstellen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Die Gültigkeit dieser Einwilligung beträgt 2 Jahre und gilt für sämtliche Ambulanzen des Klinikums. Eine Beschränkung auf einzelne Ambulanzen ist nicht möglich. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte schriftlich an die Patient*innenverwaltung. Der Widerruf der Einwilligung erfolgt für die Zukunft und gilt erst ab dem Zeitpunkt, an dem er in der Patient*innenverwaltung eingegangen ist und im EDV-System hinterlegt werden konnte. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten bleibt davon unberührt. Dies bedeutet, dass alle privatärztlichen Leistungen, die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erbracht wurden, ggf. noch über einen externen Dienstleister abgerechnet werden.

Datum

✕ Unterschrift Patient*in

Ich handle als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzl. Vertreter*in / Betreuer*in

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

✕ Unterschrift Vertreter*in