

Erklärung zur Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Krankenhausleistungen am Universitätsklinikum Freiburg

Patient*innendaten (falls kein Patient*innenaufkleber verfügbar)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Private Krankenversicherung

Name, Vorname und Anschrift der/des Hauptversicherten (falls abweichend von Patient*in)

Die/Der vorbezeichnete Patient*in wünscht die ambulante privatärztliche Behandlung am Universitätsklinikum Freiburg.

Die Behandlung erfolgt durch Ärzt*innen bzw. Zahnärzt*innen des Universitätsklinikums Freiburg. Eine Delegation an nichtärztliches Personal ist selbstverständlich im zulässigen Maße möglich.

Das Krankenhaus bedient sich zur Abrechnung seiner Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ). Die Kosten der Behandlung sind durch die/den Patient*in zu tragen. Dies gilt unabhängig von einem etwaigen Anspruch auf Erstattung gegen einen Kostenträger.

Die Rechnungslegung erfolgt klinik- bzw. abteilungsbezogen, d. h. sofern eine weitere Klinik/Abteilung oder auch eine/ein liquidationsberechtigte*r Ärzt*in bzw. Zahnärzt*in hinzugezogen wird, erhält die/der Patient*in für diese Leistung eine gesonderte Rechnung.

X

Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift für das Universitätsklinikum

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

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

X

Unterschrift Vertreter*in



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 Patientenmeldung 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.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. 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 _____