Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

Patient*innendaten

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Klinik für Neuroradiologie

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. H. Urbach

Kontakt:
Patientenmanagement
Telefon: 0761 270-51710
Telefax: 0761 270-51140
patientenmanagement-nrad@
uniklinik-freiburg.de

Erklärung zur Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung - Neuroradiologie

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Ich wünsche eine fachradiologische Stellungnahme/Zweitmeinung von Professor Horst Urbach bzw. seinem ständigen Vertreter zu folgendem Problem:

_____

_____

_____

Mir ist bekannt, dass ich die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung privat in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit **85,80 € bis 171,36 €** – je nach Schwierigkeit des Falles – zu bezahlen habe, da diese Leistungen evtl. nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören.

GOÄ-Analogbewertung der Ziffern:

Ziffer 4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken
Ziffer 60	konsiliarische Erörterung zwischen 2 Ärzten – 2,3 bis 3,5-facher Satz
Ziffer A80	schriftliche gutachterliche Äußerung – 2,3 bis 3,5-facher Satz
Ziffer A85	schriftliche gutachterliche Äußerung mit einem das gewohnte Maß übersteigendem Aufwand etc. – 2,3 bis 3,5-facher Satz (Postprocessing)

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse evtl. weder einen Anspruch auf Kostenerstattung noch auf Kostenbeteiligung habe! Die Information zur Digitalisierung und zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) am Universitätsklinikum Freiburg habe ich zur Kenntnisnahme erhalten/gelesen.
Ich erteile die Einwilligung, dass meine personenbezogenen Daten durch das Universitätsklinikum Freiburg an die unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern, weitergegeben werden.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte schriftlich an Herrn Prof. Dr. H. Urbach. Der Widerruf der Einwilligung erfolgt für die Zukunft und gilt erst ab dem Zeitpunkt, an dem er eingegangen ist. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten bleibt davon unberührt.

Datum _____ ✕ Unterschrift Patient*in _____

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

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) _____ ✕ Unterschrift Vertreter*in _____

60181325 ForManFR / 17.08.2020

Formular drucken | Formular zurücksetzen