

Anlage 5

Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!

Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH

Datenübermittlung

nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17c Abs. 5 KHG

Ich,
geboren am
wohnhaft in:

Patientenetikett

mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

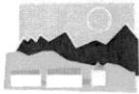
(Name und Anschrift d. privaten Krankenversicherungsunternehmens)

(Versichertennummer)

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

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

1. Name des Patienten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Versichertenstatuts,
5. 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,
6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.



Anlage 5

Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

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 Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Garmisch-Partenkirchen, den _____

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters – bei minderj. Patienten: des/der Sorgeberechtigte/Bevollmächtigten)