



Abteilung Patientenmanagement

Langenbeckstraße 1, 55101 Mainz  
Telefon +49 (0) 6131 17-0

**Hinweis:** Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.unimedizin-mainz.de/footer/datenschutz/informationen-fuer-patienten-nach-dsgvo](http://www.unimedizin-mainz.de/footer/datenschutz/informationen-fuer-patienten-nach-dsgvo). Zusätzlich ist diese Information in unseren Aufnahmebereichen ausgehängt. Auf Wunsch stellen wir Ihnen die Information auch als Ausdruck zur Verfügung.

### Einwilligung in die Datenweitergabe an eine externe Abrechnungsstelle

Der Patient / die Patientin ist Betroffene(r) im Sinne dieser Einwilligungserklärung.

Der Betroffene erteilt die Einwilligung, dass die Universitätsmedizin Mainz und die selbst liquidierenden Klinikleitungen seine personenbezogenen Daten an die unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern und die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) Büdingen, Gymnasiumstraße 18, 63654 Büdingen und die PVS Limburg, Auf der Heide 2, 65553 Limburg an der Lahn; DZR - Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart; ABZ Abrechnungs- und Beratungsgesellschaft für Zahnärzte eG, Kafferstr. 6, 81241 München weitergibt.

Bei den personenbezogenen Daten des Betroffenen handelt es sich um Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO, insbesondere um solche aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe) und gegebenenfalls die gesamte Krankenakte der Betroffenen.

"Gesundheitsdaten" im Sinne der DS-GVO sind nach Art. 4 Nr. 15 DS-GVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beziehen, aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Bei der Abrechnungsstelle handelt es sich um einen Empfänger im Sinne der Art. 13 Abs. 1 lit. e und Art. 14 Abs. 1 lit. e DS-GVO. Die Verarbeitung der Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Rechnungserstellung (Abrechnung der privat- bzw. wahlärztlichen Leistungen) und des Inkassos.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1a, Art. 7 und Art. 9 Abs. 2a DS-GVO, §17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG.

Die Bereitstellung der Daten ist weder gesetzlich noch für die ärztliche Behandlung der Betroffenen erforderlich. Es besteht keine Pflicht, die Einwilligung zu erteilen.

Willigt der Betroffene nicht ein, wird die Abrechnung der Behandlungsleistungen durch die Mitarbeiter der Universitätsmedizin Mainz erfolgen. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten des Betroffenen an die Abrechnungsstelle unterbleibt.

Der Betroffene kann seine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Nach erteiltem Widerruf dürfen die Daten von der Abrechnungsstelle nicht weiterverarbeitet werden.

Mit der Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbindet der Betroffene die Mitarbeiter der Universitätsmedizin Mainz und die selbst liquidierenden Klinikleitungen gegenüber der Abrechnungsstelle ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle sind ihrerseits zur Vertraulichkeit verpflichtet und unterliegen auch nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses der Verschwiegenheitspflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Die Verarbeitung durch die Abrechnungsstelle umfasst u. a. die Speicherung der erstellten Rechnungen. Die Speicherdauer beträgt 10 Jahre, gemäß den Vorschriften des §257 Abs. 4, Abs. 1 Nr. 4 HGB, §146 Abs. 3 S.1, Abs. 1 Nr. 4 AO. Die Speicherung erfolgt zum Zwecke der Dokumentation und Beweissicherung.

**Ich wünsche den Erhalt einer Übersicht der liquidierenden Ärzte und der beauftragten Abrechnungsstellen.**

ja  nein

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Sekretariate gerne zur Verfügung

Mainz,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

