

Einwilligung in die Datenweitergabe

(Selbstzahler, ambulant/Auftragsleistung externes Krankenhaus)

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort des Patienten

Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung

Name, Vorname und Anschrift des Hauptversicherten

(falls abweichend vom Patienten; bei minderjährigen Patienten ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Die Universitätsmedizin Mainz hat sich dazu entschieden, die Abrechnung ambulanter Selbstzahlerleistungen und externer Auftragsleistungen durch einen externen Dienstleister, die Unimed GmbH, vornehmen zu lassen. Hierzu bedarf es Ihrer Einwilligung.

Daher bitten wir Sie, die nachfolgende Erklärung sorgfältig zu lesen und im Falle Ihrer Einwilligung zu unterzeichnen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Universitätsmedizin Mainz nach Maßgabe der Regelung des §17 Abs.III S.6 des Krankenhausentgeltgesetzes die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solcher wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen dem damit beauftragten Abrechnungsunternehmen Unimed-Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17–19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich meine behandelnden Ärzte ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass wenn ich die vorgenannte Einwilligung über die externe Abrechnung versage oder widerrufe, ich dennoch medizinisch behandelt werde und meine Abrechnung den gesetzlichen Anforderungen des §§ 17 Abs.3 Krankenhausentgeltgesetz entspricht. Mir wurde versichert, dass mir folglich aus dem Versagen bzw. dem Widerruf meiner Einwilligung keinerlei Nachteile entstehen.

Mainz,
Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)