

Einverständniserklärung n. § 17c Abs. 5 KHG

St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg gGmbH

Mommsenstraße 24, 90491 Nürnberg

Patientenetikett

Einverständnis in die Datenübermittlung nach § 17c Abs. 5 KHG an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

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

(Name/Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

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.

Ja

Nein

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Einwilligung zur Abtretung des Honoraranspruchs bei wahlärztlichen Leistungen

Ich bin damit einverstanden, dass die St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg gGmbH die Honorarforderungen aus der Wahlleistungsvereinbarung zur Abrechnung an die ärztliche Verrechnungsstelle Dr. Meindl und Partner Verrechnungsstelle GmbH, Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg abtritt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Krankenhaus zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die ärztliche Verrechnungsstelle Dr. Meindl und Partner Verrechnungsstelle GmbH weitergibt.

Insoweit entbinde ich die behandelnden Ärzte ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die ärztliche Verrechnungsstelle Dr. Meindl und Partner GmbH als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der ärztlichen Verrechnungsstelle Meindl und Partner Verrechnungsstelle GmbH zu erheben und geltend zu machen sind und die mich behandelnden Ärzte als Zeuge vernommen werden können.

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine vorgenannten Behandlungsdaten zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung vom Krankenhaus und der ärztlichen Verrechnungsstelle Dr. Meindl und Partner Verrechnungsstelle GmbH - auch elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ja

Nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Datenweitergabe jederzeit widerrufen kann.

Nürnberg, _____

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter*in

Unterschrift Patient*in oder Vertreter*in

Ich handle als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzliche*r Vertreter*in / Betreuer*in