

Bitte Etikett aufkleben oder deutlich ausfüllen

Name: _____

Aufnahme-Nr.: _____

Station: _____

Einwilligung in die Datenweitergabe an externe Abrechnungsfirmen / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich erteile hiermit meine Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Würzburg die zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Behandlungstage, Diagnosen, Befunde, Behandlungsverläufe und gegebenenfalls die gesamte Krankenakte), auch, soweit es sich hierbei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ im Sinne von Art. 4 Nr. 15 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) handelt, den beauftragten Abrechnungsfirma (siehe Tabelle) ausschließlich zum Zweck der Rechnungsstellung (Abrechnung der privat- bzw. wahlärztlichen Leistungen) und des Inkassos zur Verfügung stellt.

Kliniken, für die das Liquidationsrecht beim Universitätsklinikum Würzburg liegt	Unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefarzte GmbH Michael-Uwer-Straße 17-19 66687 Noswendel
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin Prof. Dr. Michael Flentje Liquidationsrecht beim Wahlarzt der Klinik	unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefarzte GmbH Michael-Uwer-Straße 17-19 66687 Noswendel
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie Prof. Dr. Dr. Alexander C. Kübler Liquidationsrecht beim Universitätsklinikum Würzburg	PVS Mosel-Saar GmbH Metternichstr. 29a 54292 Trier

Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbinde ich die Mitarbeiter des Universitätsklinikums Würzburg sowie die benannten Ärzte 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.

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.

„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 und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Bei nicht erteilter Einwilligung wird die Abrechnung der Behandlungsleistungen durch die Mitarbeiter des Universitätsklinikums Würzburg erfolgen. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten des Betroffenen an die Abrechnungsstelle unterbleibt in dem Fall.

Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber dem Universitätsklinikum Würzburg widerrufen werden. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Nach einem Widerruf werden die Daten von der Abrechnungsstelle nicht weiter verarbeitet.

Die Bereitstellung der Daten ist weder gesetzlich noch für die ärztliche Behandlung des Betroffenen erforderlich. Es besteht keine Pflicht, die Einwilligung zu erteilen. Ich bestätige, die Informationen zur Datenverarbeitung erhalten zu haben.

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten
	Unterschrift ☐ Ehegatte ☐ gesetzl. Vertreter ☐ Bevollmächtigter ☐ Vollmacht liegt vor / ☐ wird nachgereicht (Name in Druckbuchstaben)

Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen

Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum

Postleitzahl Wohnort des Patienten Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung Telefon-Nr.

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

Zwischen dem oben genannten Patienten (bzw. bei minderjährigen Patienten: dem oder den oben genannten Sorgeberechtigten) und dem Universitätsklinikum Würzburg wird die ambulante Beratung und Behandlung in den Ambulanzen des Universitätsklinikums Würzburg ab dem _____ bis auf schriftlichen Widerruf durch den Patienten vereinbart.

Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Fachärzte zugezogen werden, erfolgt auch hierbei privatärztliche Beratung und Behandlung.

Das berechnete Honorar für die privatärztliche Behandlung ist an das Klinikum zu zahlen, das von zugezogenen anderen Ärzten berechnete Honorar an diese persönlich bzw. an das Klinikum.

Würzburg, _____
Datum

X

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

Unterschrift eines zur Antragsannahme bevollmächtigten
Mitarbeiters des Universitätsklinikums Würzburg

Bitte Etikett aufkleben oder deutlich ausfüllen

Name: _____

Aufnahme-Nr.: _____

Station: _____

Universitätsklinikum Würzburg
Verwaltung des Klinikums
Abteilung 3.3: Patientenservice / Medizincontrolling
Josef-Schneider-Str. 2 – Haus D2
D – 97080 Würzburg

Einwilligungserklärung Datenschutz

Datenübermittlung an den weiterbehandelnden Arzt / Hausarzt / Konsilarzt und dem UKW nach § 73 Abs. 1b SGB V:

Ich willige ein, dass das Universitätsklinikum Würzburg (UKW) die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Arzt/Hausarzt/Konsilarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Arzt.

☐ ja ☒ nein

Ferner willige ich ein, dass das UKW die bei meinem Arzt/ Hausarzt/ Konsilarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem UKW, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Arztes zu erhalten. Das UKW wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ ja ☒ nein

☐ Ein-/Überweiser

Name und Anschrift Hausarzt

☐ Ein-/Überweiser

Name und Anschrift Facharzt oder sonstiger Leistungserbringer

☐ Ein-/Überweiser

Name und Anschrift Facharzt oder sonstiger Leistungserbringer

Einwilligung in die Datenübermittlung per Telefax

Das UKW bietet als Service gerne auf Anforderung eine Übermittlung der Befunde und Behandlungsdaten an den weiterbehandelnden Arzt / Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer per Telefax an. Bei aller Sorgfalt ist eine fehlerhafte Übermittlung per Fax jedoch nicht immer auszuschließen, ebenso eine Einsichtnahme durch unbefugte Dritte.

Ich stimme dem Versand meiner Unterlagen, wie z. B. Befunde, Behandlungsdaten, Anträge an Kostenträger oder weiterbehandelnde Einrichtungen per Fax zu und entbinde das UKW und die dort tätigen Personen für den Faxversand von der Schweigepflicht.

☐ ja ☒ nein

Auskunft über meinen Aufenthalt (nur bei stationären Aufenthalt erforderlich)

Ich willige ein, dass über die Pforten bzw. Telefonzentrale Auskunft über meinen Aufenthalt im UKW, meine Zimmernummer sowie meine Patiententelefonnummer an Angehörige und sonstige Dritte erteilt wird.

☐ ja ☒ nein

Diese Einwilligungen können ganz oder teilweise jederzeit ohne Angaben von Gründen gegenüber dem UKW widerrufen werden. Das bedeutet, dass Sie beispielsweise nur die Einwilligung zur Datenübermittlung an Ihren Hausarzt widerrufen können, die anderen Einwilligungen aber fortbestehen. Ein eventueller Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Ab diesem Zeitpunkt erteilen z.B. die Pforten bzw. die Telefonzentrale keine Auskunft mehr über Ihren Krankenhausaufenthalt. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten
	Unterschrift ☐ Ehegatte ☐ gesetzl. Vertreter ☐ Bevollmächtigter ☐ Vollmacht liegt vor / ☐ wird nachgereicht
	(Name in Druckbuchstaben)

Informationen zum Umgang mit Ihren Patientendaten am UKW finden Sie unter <https://www.ukw.de/recht/datenschutz/>. Alternativ können Sie gerne die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Patientenaufnahmen ansprechen.