



Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!

Aufnahmetag:

Fallnummer:

Station:

Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

(Datenübermittlung nach § 17 c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG))

Ich, Muster Mustermann

mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen der Klinik für Handchirurgie der Herz- und Gefäß-Klinik GmbH Bad Neustadt und meinem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten maschinenlesbar 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 Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Versichertenstatus,
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.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Bad Neustadt, Datum

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten des
oder der Sorgeberechtigten)