

Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!

**Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten
Krankenversicherung/
Datenübermittlung nach § 17c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz
(KHG)**

Ich, (Vorname, Name des Patienten),
geboren am (Geburtsdatum),
wohnhaft in:..... (Anschrift)

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

.....
(Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

Ich bin damit einverstanden, dass die Klinik 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 Patienten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Versichertenstatuts,
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 in der Klinik durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Klinikbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Angaben über die in der jeweiligen Klinik durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.
9. Angaben über die in der jeweiligen Klinik erhobenen Daten für das Deutsche Krebsregister.

Erklärung des Patienten zur unmittelbaren Abrechnung mit der PKV:

- Ich wünsche die Zusendung der Rechnung nach § 8 Abs. 9 KHEntgG an mich selbst.
 Ich wünsche die unmittelbare Abrechnung mit meiner privaten Krankenversicherung durch Übersenden der Rechnung nach § 8 Abs. 9 KHEntgG.
 Ich wünsche die unmittelbare Abrechnung mit meiner privaten Krankenversicherung durch elektronische Übermittlung nach § 17 c Abs. 5 KHG.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Patienten