

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung
an privatärztliche Verrechnungsstellen
zur Weitergabe an das beauftragte Labor (Virologie UKD):**

<u>Verantwortliche Stelle:</u> Name Straße PLZ, Ort	<u>Patient / -in:</u> Name Straße PLZ, Ort Geburtsdatum Patientennummer
--	--

Inhalt & Zweck:

Hier ist von der verantwortlichen Stelle die jeweils zutreffende Variante zur Abrechnung zu markieren.

- Als privatversicherter, privatzusatzversicherter oder selbstzahlender Patient nehme ich privatärztliche oder wahlärztliche Leistungen in Anspruch. Zur Abrechnung dieser Leistungen nimmt die o.g. verantwortliche Stelle eine oder mehrere externe privatärztliche Verrechnungsstellen in Anspruch und übermittelt dazu folgende zur Abrechnung relevante Patientendaten:

- Vorname, Nachname
- Geburtsdatum
- Straße, PLZ, Wohnort
- Geschlecht
- Zeitraum der Behandlung
- Erbrachte ambulante oder stationäre Leistungen nach Gebührenordnung GOÄ / GOZ
- Abrechnungsrelevante Informationen über Anamnesen und Diagnosen

Ferner kann es vorkommen, dass die o.g. verantwortliche Stelle im Rahmen der Diagnostik Laborleistungen des Instituts für Virologie des Universitätsklinikums Düsseldorf in Anspruch nimmt und dabei die o.g. Daten zur Durchführung der Leistungen übermittelt. Das Institut für Virologie bedient sich zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen externer privatärztlicher Verrechnungsstellen. Diese sind dann ebenfalls von der vorliegenden Einverständniserklärung erfasst.

- Als privatversicherter, privatzusatzversicherter oder selbstzahlender Patient nehme ich privatärztliche oder wahlärztliche Leistungen in Anspruch. Die o.g. verantwortliche Stelle rechnet diese Leistungen selbst ab und leitet dafür keine Daten an privatärztliche Verrechnungsstellen weiter.

Jedoch kann es vorkommen, dass die o.g. verantwortliche Stelle im Rahmen der Diagnostik Laborleistungen des Instituts für Virologie des Universitätsklinikums Düsseldorf in Anspruch nimmt und dabei folgende Daten zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen übermittelt:

- Vorname, Nachname
- Geburtsdatum
- Straße, PLZ, Wohnort
- Geschlecht
- Zeitraum der Behandlung
- Erbrachte ambulante oder stationäre Leistungen nach Gebührenordnung GOÄ / GOZ
- Abrechnungsrelevante Informationen über Anamnesen und Diagnosen

Das Institut für Virologie bedient sich zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen externer privatärztlicher Verrechnungsstellen. Diese sind dann ebenfalls von der vorliegenden Einverständniserklärung erfasst.

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. verantwortliche Stelle vorgenannte Daten zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung von Leistungen an die hier genannten Stellen weitergibt.

Dieses Einverständnis erfolgt auf freiwilliger Basis. Sollten Sie nicht einverstanden sein, entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten. Sie haben ferner die Möglichkeit, dieses Einverständnis entweder telefonisch, per E-Mail oder persönlich jederzeit kostenlos zu widerrufen. Der Widerruf gilt vom Moment des Widerrufs für die Zukunft, sofern Ihre Daten nicht bereits im Rahmen Ihres Einverständnisses übertragen worden sind.

Datum / Unterschrift oder ges. Vertreter