

Einwilligung in die Datenweitergabe

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)

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Bonn (AÖR) die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17 – 19, 66687 Wadern-Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Becker bzw. das Universitätsklinikum Bonn (AÖR) ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Bonn, _____
Datum

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