

Für Privatpatienten:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (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 Chefarzte GmbH, Auf der Heide 17-19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die an der Behandlung beteiligten Ärzte der Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

X

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