

Einwilligung in die Datenweitergabe / Schweigepflichtentbindungserklärung

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 meine Einwilligung, dass das Klinikum der Universität München die zur Abrechnung notwendigen Behandlungsdaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Behandlungstage, Diagnosen, Befunde, Behandlungsverläufe und ggf. die gesamte Krankenakte), auch, soweit es sich hierbei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) handelt, der hiermit beauftragten Abrechnungsfirma **unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefarzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Noswendel** ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung (Abrechnung der privat- bzw. wahlärztlichen Leistungen) und des Inkassos zur Verfügung zu stellen.

Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbinde ich die Mitarbeiter des Klinikums der Universität München sowie die benannten Ärzte gegenüber der Abrechnungsstelle ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle sind ihrerseits zur Vertraulichkeit verpflichtet und unterliegen auch nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses der Verschwiegenheitspflicht.

Die Verarbeitung durch die Abrechnungsstelle umfasst u.a. die Speicherung der erstellten Rechnungen. Die Speicherdauer beträgt 10 Jahre, gemäß den Vorschriften des § 257 Abs. 4 Abs. Nr. 4 HGB, § 146 Abs. 3 S. 1, Abs. 1 Nr. 4 AO. Die Speicherung erfolgt zum Zwecke der Dokumentation und Beweissicherung.

„Gesundheitsdaten“ im Sinne der DS-GVO sind nach Art. 4 Nr. 15 DS-GVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Bei der Abrechnungsstelle handelt es sich um einen Empfänger im Sinne der Art. 13 Abs. 1 lit. e und Art. 14 Abs. 1 lit. e DS-GVO.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1a, Art. 7 und Art. 9 Abs. 2a DS-GVO, § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG.

Bei nicht erfolgter Einwilligung wird die Abrechnung der Behandlungsleistungen durch die Mitarbeiter des Klinikums der Universität München erfolgen. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten des Betroffenen an die Abrechnungsstelle unterbleibt in diesem Fall.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Nach erteiltem Widerruf dürfen die Daten von der Abrechnungsstelle nicht weiterverarbeitet werden.

Die Bereitstellung der Daten ist weder gesetzlich noch für die ärztliche Behandlung des Patienten erforderlich. Es besteht keine Pflicht, die Einwilligung zu erteilen.

Sie haben als Betroffener im Sinne dieser Einwilligungserklärung das Recht, Auskunft über die betreffenden

personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung und eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit vom Klinikum der Universität München zu verlangen.

Ihnen steht darüber hinaus ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu:

Bayerische Landesbeauftragte für Datenschutz (BayLfD)

Postfach 221219

D-80502 München

poststelle@datenschutz-bayern.de

Tel.: 089/212672 – 0

Fax: 089/212672 – 50.

Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten des Klinikums der Universität München:

Behördlicher Datenschutzbeauftragter des Klinikums der Universität München

Pettenkoferstraße 8

D-80336 München

datenschutz@med.uni-muenchen.de

Tel.: 089/4400-58454

Fax: 089/4400-55192

Ich bestätige, die Informationen zur Datenverarbeitung erhalten zu haben.

München, den _____
Datum

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