

Medipa GmbH**JK Jutta Köppe – Beratung u.
Abrechnung**Patientenetikett:

_____**Einwilligungs- und
Schweigepflichtentbindungserklärung**

Zur Gewährleistung einer zügigen und korrekten Abrechnung, arbeiten wir teilweise mit der

**medipa GmbH Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Brunshofstrasse 12, 45470 Mülheim/ Ruhr, sowie
JK Jutta Köppe – Beratung u. Abrechnung, Landshoffstrasse 3, 81247 München**

zusammen, welche für uns Abrechnungen erstellen und treuhänderisch Forderungen einziehen.

Hierfür werden insbesondere folgende Daten benötigt: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Versicherungsnummer, Behandlungstage, Diagnosen und erbrachte Leistungen.

Wir bitten Sie dazu um Ihre Einwilligung und eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beiden externen Abrechnungsunternehmen der medipa GmbH als auch gegenüber JK Jutta Köppe – Beratung u. Abrechnung im Rahmen der Abrechnung ambulanter Privatleistungen.

Ihre Einwilligung ist hierbei freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, wobei dies nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zu diesem Punkt beeinträchtigt. Wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen, werden wir direkt mit Ihnen abrechnen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist dann Ihre Einwilligung (Art. 9 Abs. 2 lit. a, h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO i.V.m. § 17 Abs. 3 Satz 6 KHEntgG). Weitere Informationen können dem Aushang zum Datenschutz entnommen werden.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung von Privatleistungen von der medipa GmbH vorgenommen wird und stimme der Datenweitergabe an die medipa GmbH zu. Insoweit entbinde ich das Krankenhaus bzw. die betreffenden Ärzte gegenüber der medipa GmbH ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der Abrechnung von Privatleistungen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung von Privatleistungen von JK Jutta Köppe – Beratung u. Abrechnung vorgenommen wird und stimme der Datenweitergabe an JK Jutta Köppe – Beratung u. Abrechnung zu. Insoweit entbinde ich das Krankenhaus bzw. die betreffenden Ärzte gegenüber JK Jutta Köppe – Beratung u. Abrechnung ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der Abrechnung von Privatleistungen.
- ☐ Ich bin nicht mit der Abrechnung durch ein externes Abrechnungsunternehmen einverstanden.

Ort, Datum und Uhrzeit_____
Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)_____
Name in Druckbuchstaben

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht:

Datum, Unterschrift des Vertreters
Stand 10/2023_____
Name und Anschrift des Vertreters in Druckbuchstaben