

---

**Datenübermittlung an die private Krankenversicherung  
– Direktabrechnung und Mitteilung eines Pflegegrades –  
(gilt nur für Privatversicherte)**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, f, Art. 9 Abs. 2a, f, Abs. 4 DSGVO  
i.V.m. § 17 c Abs. 5 KHG, § 301 Abs. 2a SGB V)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten/der Patientin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort des Patienten/der Patientin

[bzw. Patientenetikett]

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der privaten Krankenversicherung

**a) Direktabrechnung**

Ich wünsche die **unmittelbare Abrechnung** der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Unterkunft mit meiner privaten Krankenversicherung. Zu diesem Zweck bin ich damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum die mich betreffenden **Behandlungsdaten**:

- Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus
- Tag, Uhrzeit und Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose, evtl. die nachfolgenden Diagnosen, voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung
- Datum und Art der jeweils durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen

auch mittels **elektronischen Datenaustausches** an das von mir angegebene private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der direkten Abrechnung übermittelt.

**Sollte ich der Übermittlung nicht zustimmen, bin ich mir bewusst, dass die Rechnung an mich zugesendet wird und ich diese selbst begleichen muss.**

**b) Pflegegrad**

Ich bin damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Universitätsklinikum mitteilt, ob und ggf. **welcher Pflegegrad** bei mir besteht, damit das Universitätsklinikum eine korrekte Krankenhausrechnung stellen kann.

**Die vorstehende Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Universitätsklinikum widerrufen werden. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Universitätsklinikum zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

Erlangen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten:  
Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten) oder des Ver-  
treters mit Vertretungsmacht)