



Pat.: _____ Geburtsdatum: _____ Straße: _____ Wohnort: _____

ich **wünsche** für mich bzw. für den oben genannten Patienten die Aufnahme in das Universitätsklinikum Augsburg¹ zur stationären² oder ambulanten **Behandlung** zu den in den **Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)** des Universitätsklinikums Augsburg niedergelegten Bedingungen in Verbindung mit dem **darin dargestellten** Pflegekostentarif, den Gebührenordnungen und sonstigen Kostentariifen.

Für den Fall, dass **keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers** oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, verpflichte ich mich ganz bzw. teilweise als **Selbstzahler** zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen. Das UKA kann bei privatversicherten Patienten nicht vollumfänglich wirtschaftlich darüber aufklären, inwieweit eine Kostenübernahme stattfinden wird.

Bei stationären Aufenthalten können Wahlleistungen, insbesondere wahlärztliche Leistungen der Klinikdirektoren, nur nach schriftlichem Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung gewährt werden.

Diese wird Ihnen bei Wunsch einer Wahlleistungsbehandlung gesondert ausgehändigt.

Bei Behandlung in der Privatambulanz erfolgt die Rechnungsstellung nach den Vorschriften der GOÄ/GOZ. Hierzu wird ebenfalls ein gesonderter Privatambulanzvertrag mit Ihnen geschlossen. Soweit dabei Leistungen durch weitere Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des UKA erbracht werden, rechnen diese unmittelbar mit Ihnen ab.

Für Zwecke der wahl- oder privatärztlichen Abrechnung kann es erforderlich sein, dass personenbezogene Daten an Abrechnungsbüros weitergeleitet werden. Hierauf werden Sie gesondert im Wahlleistungs- und Privatambulanzvertrag hingewiesen.

In die Allgemeinen Vertragsbedingungen mit Hausordnung, das Merkblatt zur Unterrichtung des Patienten über die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. Krankenhausentgeltgesetz habe ich Einsicht genommen. Diese und eine Ausfertigung des Behandlungsvertrages wurden mir auf Wunsch ausgehändigt.

Datenschutzhinweis:

Das Universitätsklinikum Augsburg verarbeitet personenbezogene Daten zum Zweck Ihrer Behandlung und deren verwaltungsgemäßen Abwicklung. In diesem Zusammenhang werden, soweit erforderlich, Daten an Dritte wie z.B. Ihre Krankenkasse (§ 301 SGB V) und ggf. an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des UKA im Rahmen der Mitbehandlung (z.B. für bestimmte Speziallaborleistungen) übermittelt. Darüber hinaus erfolgen Datenverarbeitungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu Zwecken der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten, zur Forschung im UKA oder zur Erfüllung von gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z.B. nach dem Infektionsschutzgesetz, dem Bayerischen Krebsregistriergesetz, etc.). Im Rahmen der Wartung unserer EDV-Anlagen können personenbezogene Daten den beauftragten Fremdfirmen, die nach Art. 28 DSGVO zur Einhaltung des Datenschutzes und Verschwiegenheit verpflichtet sind, zur Kenntnis gelangen.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und Ihren Rechten können Sie den ausführlichen Informationsaushängen zum Datenschutz in unseren administrativen Aufnahmeeinheiten bzw. Eingangsbereichen oder auf unserer Website www.uk-augsburg.de unter dem Bereich Datenschutz entnehmen. Darüber hinaus können Sie die Datenschutzinformationen in den administrativen Aufnahmeeinheiten oder beim Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Augsburg erfragen.

Anlage: Einwilligungserklärung Datenschutz (bitte zwingend ausfüllen).

Augsburg, den _____

Unterschrift (Krankenhaus)

X

**Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters bzw. des Bevollmächtigten
(bei minderjährigen Patienten: ggf. (auch) des oder der Sorgeberechtigten)**

¹ Medizincampus bzw. Medizincampus Süd

² vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär

Einwilligungserklärung Datenschutz

Für gesetzlich versicherte Patienten

Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden **Behandlungsdaten** und **Befunde** an meinen **Hausarzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt**. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja Nein

Einschränkungen bei der Arztbriefweitergabe:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem **Hausarzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, **anfordern** kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Für stationäre Patienten (unabhängig vom Versicherungsstatus):

Patientenidentifikation

Ich willige ein, dass mein Name, Vorname und Geburtsdatum als Hinweis außerhalb des Patientenzimmers und auf einem Patientenarmband genutzt werden, um Patientenverwechslungen und verzögerte Patientenidentifikation im klinischen Bereich zu vermeiden.

Ja Nein

Auskunft an Besucher

Ich stimme zu, dass mein Name, Vorname sowie Zimmer- und Telefonnummer im Universitätsklinikum in der Pfortenauskunftsliste erscheinen und hier von jedermann erfragt werden können.

Ja Nein

Ich möchte, dass nur die auf dem Krankenblatt benannten Besucher / Anfragenden Informationen über meinen Aufenthalt und / oder meinen Gesundheitszustand erhalten.

Ja Nein

Einbindung der Klinikseelsorge

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Vorname, Station und Religion der Klinikseelsorge mitgeteilt werden:

Ja Nein

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an nachversorgende Einrichtungen / nachbehandelnde Leistungsbringer:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an die an meiner Behandlung und ggf. Pflege Beteiligten und die auf dem Krankenblatt genannten Leistungserbringer zu Dokumentations-, Weiterbehandlungszwecken oder der erforderlichen Anschlussheilbehandlung übermittelt werden. Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbinde ich / der Patient / die Patientin die Mitarbeiter des Universitätsklinikums Augsburg gegenüber der empfangenden Stelle ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ja Nein

Soweit für meine Krankenhausbehandlung erforderlich, können Befunde bei meinen an meiner Behandlung beteiligten Ärzten angefordert werden. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ja Nein

Privatpatienten - Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die externe Abrechnungsstelle Unimed:

Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Augsburg bzw. die behandelnden Ärzte die zur Abrechnung der privatärztlichen Leistungen erforderlichen wesentlichen persönlichen Behandlungsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe, erbrachte Leistungen nach GOÄ/GOZ und dazugehörigen Diagnosen), der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der Unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Str. 17-19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos, zur Verfügung stellt. Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbindet der Betroffene die Mitarbeiter des Universitätsklinikums Augsburg gegenüber der Abrechnungsstelle ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Ohne Einwilligung in die Datenübermittlung erfolgt die Abrechnung durch das Universitätsklinikum Augsburg.

Ja Nein

Die erteilten datenschutzrechtlichen Einwilligungen beziehen sich allein auf das konkrete Behandlungsverhältnis, für das dieser Behandlungsvertrag abgeschlossen wird.

Sollte ich einem oder mehreren Punkten dieser Einwilligungserklärung nicht zustimmen, so entstehen mir daraus keine Nachteile hinsichtlich der medizinischen Behandlung beim Universitätsklinikum Augsburg.

Die erteilten Einwilligungserklärungen können mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Die vorgehende Einwilligungserklärung habe ich gelesen und verstanden.

Augsburg, den

X

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters bzw. des Bevollmächtigten (bei minderjährigen Patienten: ggf. (auch) des oder der Sorgeberechtigten)