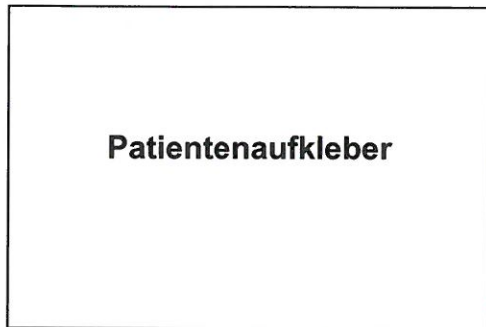




**Einwilligung zur Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle durch den unterzeichnenden Patienten**

Einwilligung zur Datenübermittlung nach  
§ 17 Abs. 3 S. 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Ich,



habe mich mit Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom \_\_\_\_\_ für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt, dass die Kliniken Bad Neuenahr GmbH & Co. KG die

**Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg/Lahn GmbH (PVS)**

mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt hat. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie

- Name, Vorname
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Behandlungstage
- erbrachte Leistungen nach allen denkbaren Gebührenordnungen (z. B. GOÄ) und der Selbstzahlungspflicht des Patienten

erforderlich.

**Ich bin damit einverstanden, dass die Kliniken Bad Neuenahr GmbH & Co. KG der externen Abrechnungsstelle diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt.**

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit vom Patienten widerrufen werden. Der Widerruf wird wirksam mit Datum des Zugangs bei den Kliniken Bad Neuenahr GmbH & Co. KG.**

Bad Neuenahr, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin  
bei minderjährigen Patienten: Sorgeberechtigte/r  
bei Vertretungsvollmacht: Vertreter/-in

<WordExec(#CLOSE#)>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
des/der Mitarbeiter/-in der Klinik