

Wichtige Patienteninformation vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jeder Patient **vor** Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen schriftlich zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

1. Das Krankenhausentgeltgesetz unterscheidet zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sofern Sie gesetzlich krankenversichert sind, entstehen Ihnen für die Inanspruchnahme der **allgemeinen Krankenhausleistungen** außer den gesetzlichen Zuzahlungen keine gesonderten Kosten.

Wahlleistungen hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Diese sind gesondert zu vereinbaren und **vom Patienten zu bezahlen**.

2. Für sogenannte **wahlärztliche Leistungen** bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses hinzukaufen. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

3. Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der **amtlichen Gebührenordnung** für Ärzte (GOÄ). Dieses Gebührenwerk weist folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 5,82873 Cent.



Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel:

<u>Ziffer</u>	<u>Leistungsbeschreibung</u>	<u>Punktzahl</u>	<u>Preis (Einfachsatz), gerundet</u>
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher -	80	4,66 €

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ -Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem 3,5fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8 für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3. Daneben werden die Gebühren gemäß § 6a GOÄ um 25% bzw. 15% gemindert.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V etc. diese Kosten deckt.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen in den Sekretariaten der jeweils zuständigen Fachabteilungen unseres Krankenhauses hierfür jederzeit gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) nehmen.



Patient information especially for optional physician-agreement

Important patient information

before the conclusion of optional physician-agreement

Dear patient,

You are about to sign a so-called optional physician/accommodation-agreement concerning the separate charging of medical services. It is accordingly stipulated by law that each patient need to be specifically informed in writing before conclusion of the agreement about the fees of the optional services and their contents. We would hereby like to meet this obligation:

1. The German National Hospital Rate Ordinance (BPfIV) respectively the German Hospital Fees Act (KHEntgG) make a distinction between general hospital services and optional services.

General hospital Services are the hospital services, which are necessary for the medically useful and sufficient care of the patient, by taking the service capacity of the hospital into consideration, in an individual case according to the type and severity of the illness. Insofar as you are covered by statutory health insurance, no separate costs will be incurred to you for the use of the general hospital services aside from the statutory additional payments.

Optional Services on the other hand are special services beyond the general hospital services. These are to be agreed separately and **to be paid by the patient**.

2. For so-called **optional physician services** this means that you thus additionally purchase the personal attention and particular specialist qualification and experience of the physicians of the hospital, who are entitled to bill for services, including the services of physicians and institutions run by physicians outside of the hospital initiated by these physicians. This shall also apply insofar as the optional medical services are charged by the hospital.

Of course you will also benefit from all medically necessary services without conclusion of the optional agreement, however the person of the responsible physician will then be exclusively oriented to the medical necessity.

3. Specifically, the concrete settlement is oriented to the rules of the official fee regulations for physicians (GOÄ). These fee schedules feature the following fee system. These fee schedules feature the following fee system.

In a first column the service, which can be settled, is issued a fee code. This fee code is allocated the verbal description of the services, which can be settled, in a second column. In a third column the service is assessed with points. A point value is allocated to these points, which is standard for the entire GOÄ that is expressed in cents. The currently valid point value according to § 5 Sec. 1 GOÄ is 5,82873 cents.



The price for this service is produced from the multiplication of points and point value, which is shown in a column 4 of the GOÄ.

Example:

<u>Code</u>	<u>Service description</u>	<u>Points</u>	<u>Price (single rate), rounded</u>
1	Consultation – also by telephone -	80	4,66 €

The thus stipulated price concerns the so-called GOÄ single rate. This single rate can be increased by increasing factors. These take the difficulty of the illness case into consideration. Within the normal fee framework there are rates of increase between the single and 3.5 times the fee rate, with technical services between the single and 1.3 times the fee rate. The average value for technical services is 1.8, for laboratory services 1.15 and for all other services 2.3. In addition, the fees according to § 6a GOÄ are reduced by 25% respectively 15%.

Which fee positions will be settled with your clinical picture and which rates of increase will be applied, cannot be foreseen. For this purpose, it depends on which individual services are concretely provided in the continuation of the treatment process, which degree of difficulty the services have and which time they require.

On the whole the conclusion of the optional physician-agreement can represent a significant financial burden. Please check whether these costs are covered by your private health insurance/aid or your statutory health insurance through a special optional tariff according to § 53 German Social Code V (SGB V), etc.

Dear patient,

should you have any further supplementary questions relating to details the employees of our hospital will be pleased to be of assistance to you for this purpose.

At the same time, you can also inspect the GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte [eng. Scale of fees for physicians]) there at all times.

English	Deutsch
<p>Agreement on Elective Medical Services (the “Agreement”)</p> <p>between</p> <p>_____</p> <p>(Surname, first name, middle initial),</p> <p>DOB:</p> <p>DD ____/ MM ____/ YYYY _____,</p> <p>currently residing in</p> <p>_____</p> <p>(patient’s address), hereinafter referred to as the “Patient”,</p> <p>and</p> <p>St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH Beethovenstraße 20, 65189 Wiesbaden, Germany, hereinafter referred to as “St. Josefs-Hospital”.</p> <p>§ 1 Elective Medical Services</p> <p>In addition to the general hospital services agreed upon in the Hospitalization and Treatment Agreement (“Aufnahme- und Behandlungsvertrag”), the Patient shall by checking the respective box(es) receive the following services as elective medical services (“Wahlleistungen”) to be charged per separate invoice according to KHEntG § 17 (“Krankenhausentgeltgesetz”, i.e. German Hospital Fees Act):</p> <p><input type="checkbox"/> Elective medical services (“Wahlleistungen”), separately chargeable (as per § 3 of this Agreement)</p> <p><input type="checkbox"/> Elective medical services (“Wahlleistungen”) for newborns, separately chargeable (as per § 3 of this Agreement)</p>	<p>Wahlleistungsvereinbarung</p> <p>zwischen</p> <p>_____</p> <p>[Name, Vorname des Patienten¹],</p> <p>geboren am _____,</p> <p>_____</p> <p>derzeit wohnhaft in [Anschrift des Patienten], nachfolgend „Patient“ genannt,</p> <p>und</p> <p>der St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH Beethovenstraße 20, 65189 Wiesbaden, nachfolgend „Krankenhaus“ genannt.</p> <p>§ 1 Wahlleistungen</p> <p>Der Patient erhält über die im Aufnahme- und Behandlungsvertrag vereinbarte Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen hinaus die nachstehend angekreuzten Leistungen als gesondert berechenbare Wahlleistungen gem. § 17 KHEntG:</p> <p><input type="checkbox"/> Gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen (§ 3 dieses Vertrags)</p> <p><input type="checkbox"/> Gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen (§ 3 dieses Vertrags) für Neugeborene</p>

¹ Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden neben der jeweiligen männlichen Form auf die Mitnennung der weiblichen Form verzichtet.

<p><input type="checkbox"/> Elective medical services for elective medical services on the same day as the main medical services only (“Wahlleistungen am Tag der ärztliche Hauptleistung”), separately chargeable (as per § 3 of this Agreement)</p> <p><input type="checkbox"/> Accommodation costs in a single-bed room according to the following pricelist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Single-bed room PREMIUM: € 195,00 [room and station as elective medical services (“Wahlleistungszimmer auf Wahlleistungsstation”); surcharge per each day calculated] ○ Single-bed room COMFORT: € 165,00 [room as an elective medical service (“Wahlleistungszimmer”) on regular station (“Normalstation”); surcharge per each day calculated] <p>Provision of a single-bed room shall only be available as long as and to such extent that St. Josephs-Hospital’s medical and organizational requirements are not to the contrary.</p> <p><input type="checkbox"/> Accommodation in a family room:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Family room obstetrics station BASIC: € 61,00 [regular room without elective medical services („Standardzimmer ohne Wahlleistung“); surcharge per each day calculated; for the companion there are separate conditions and prices] <p><input type="checkbox"/> Accommodation costs in a double-bed room according to the following pricelist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Double-bed room PREMIUM € 95,00: [room and station as elective medical services (“Wahlleistungszimmer auf Wahlleistungsstation”); surcharge per each day calculated] ○ Double-bed room COMFORT: € 85,00 [room as an elective medical service 	<p><input type="checkbox"/> Gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen (§ 3 dieses Vertrags) nur für die ärztlichen Wahlleistungen am Tag der Hauptleistung (z.B. am Tag der Durchführung einer Operation)</p> <p><input type="checkbox"/> Unterbringung im Ein-Bett-Zimmer entsprechend der nachfolgenden Preisliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ein-Bett-Zimmer PREMIUM: € 195,00 (Wahlleistungszimmer auf Wahlleistungsstation; Zuschlag je Berechnungstag) ○ Ein-Bett-Zimmer KOMFORT: € 165,00 (Wahlleistungszimmer auf Normalstation; Zuschlag je Berechnungstag) <p>Die Möglichkeit der Unterbringung in einem Ein-Bett-Zimmer besteht nur, soweit und solange medizinisch-organisatorische Belange des Krankenhauses nicht entgegenstehen.</p> <p><input type="checkbox"/> Unterbringung im Familienzimmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Familienzimmer Geburtshilfe BASIS: € 61,00 (Standardzimmer ohne Wahlleistungen; Zuschlag für die Patientin je Berechnungstag; für die Begleitperson bestehen gesonderte Konditionen und Preise). <p><input type="checkbox"/> Unterbringung im Zwei-Bett-Zimmer entsprechend der nachfolgenden Preisliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zwei-Bett-Zimmer PREMIUM: € 95,00 (Wahlleistungszimmer auf Wahlleistungsstation; Zuschlag je Berechnungstag)
--	--

<p>(“Wahlleistungszimmer”) on regular station (“Normalstation”); surcharge per each day calculated]</p> <p>By concluding this Agreement, the Patient fully accepts the aforesaid room pricelist agreement and, in particular but without limitation, consents that in the event that the Patient is transferred to a different ward or wing (“Station des Krankenhauses”) of St. Josefs-Hospital the Patient shall pay the respective above mentioned surcharge(s) corresponding to the respective ward or wing and the number of days the patient spends in that ward or wing; furthermore, the patient grants St. Josefs-Hospital full medical and organizational authority in regard to patient room and bed assignments. This will also apply should the patient be transferred from a single-bed to a double-bed room for medical or organizational reasons.</p> <p>This agreement is effective as of</p> <p>Date _____</p> <p>and shall cover the entire scope of treatment even where it may be temporarily interrupted.</p> <p>§ 2 Remuneration of Elective Medical Services</p> <p>(1) The payment of the Elective Medical Services will be invoiced in addition to the compensation for general hospital services (KHEntG § 7).</p> <p>(2) The fees for Elective Medical Services will be calculated according to the statutory scale of medical fees (GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte) according to the most current version.</p> <p>(3) Decision regarding which medical services are rendered will be taken in the course of treatment.</p> <p>§3 Elective Medical Services, Delegation, Representation</p> <p>(1) The Elective Medical Services are medical services of all physicians in-</p>	<p>○ Zwei-Bett-Zimmer KOMFORT: € 85,00 (Wahlleistungszimmer auf Normalstation; Zuschlag je Berechnungstag)</p> <p>Mit dem Abschluss dieses Vertrags erkennt der Patient die vorangehende Zimmer-Preisliste vollumfänglich an, d.h. er erklärt sich insbesondere damit einverstanden, bei Verlegung auf eine andere Station des Krankenhauses für den jeweiligen Belegungszeitraum den für diese Station gültigen Zimmerpreis zu entrichten und dem Krankenhaus die medizinisch-organisatorische Gestaltungshoheit hinsichtlich der Bettenbelegung einzuräumen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Patient aus medizinisch-organisatorischen Gründen von einem Ein-Bett- in ein Zwei-Bett-Zimmer verlegt werden muss.</p> <p>Die Inanspruchnahme der vorstehend angekreuzten Wahlleistung(en) erfolgt ab dem _____ (Datum)</p> <p>und erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.</p> <p>§ 2 Vergütung der Wahlleistungen</p> <p>(1) Die Entgelte für die Wahlleistungen werden dem Patienten zusätzlich zu den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 7 KHEntG) in Rechnung gestellt.</p> <p>(2) Die Honorare für wahlärztliche Leistungen werden nach den Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) oder für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet.</p> <p>(3) Welche ärztlichen Leistungen anfallen werden, entscheidet sich im Laufe der Behandlung.</p>
--	--

involved in treatment employed by hospital or employed as a civil servant, as far as they are allowed to invoice their services separately.

The same applies to the extent the Elective Medical Services are invoiced by St. Josefs-Hospital, whereby such invoice(s) shall also be subject to the GOÄ in its currently valid version.

- (2) If for unforeseen reasons the elective physician is impeded at the time of the signing of this Agreement, the permanent personal medical representative set forth in **Annex 3** shall replace the elective physician. Any separate agreements with the elective physician regarding his representative shall otherwise remain unaffected. Any services rendered by any representatives shall be regarded as individual services rendered by the elective physician in the sense of medical fees scale according to GOÄ § 4 (2) and will be charged by the elective physician or, as the case may be, directly by St. Josefs-Hospital.
- (3) At the patient's special request, specialized medical elective medical services for a certain medical field that deviate from the foregoing Paragraphs 1 and 2 and from the provisions set forth in **Annex 3** can also be rendered by physicians provided by St. Josefs-Hospital who are particularly suitable given their respective medical expertise. In such cases, the medical professional or optional physician specialized in a particular medical field desired by the patient must be requested by filling out **the agreement on the preferred elective physician**, which is foreseen for such purposes. For the Patient's treatment in all other medical facilities and/or fields, the arrangements made according to **Annex 1** remain valid.
- (4) This Agreement on Elective Medical Services shall continue to apply con-

§ 3 Wahlärztliche Leistungen, Delegation, Vertretung

- (1) Bei den gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen (wahlärztliche Leistungen) handelt es sich um die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach GOÄ in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Bei einer im Zeitpunkt des Abschlusses dieses Vertrags unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes übernimmt der dem Wahlleistungspatienten vor Abschluss dieses Vertrags in **Anlage 3** benannte ständige ärztliche Vertreter die Vertretung des Wahlarztes. Individuelle Vereinbarungen mit dem Wahlarzt über dessen Vertretung in anderen Fällen bleiben unberührt. Die von den Vertretern erbrachten Leistungen gelten als eigene Leistung des Wahlarztes im Sinne von § 4 Abs.2 GOÄ und werden vom Wahlarzt bzw. vom Krankenhaus berechnet.
- (3) Auf besonderen Wunsch des Patienten kann, abweichend von der in den vorangehenden Absätzen 1 und 2 beschriebenen und in **Anlage 3** aufgeführten Regelung, die wahlärztliche Leistung in bestimmten Fachgebieten bzw. Bereichen auch durch einen vom Krankenhaus hierfür vorgesehenen, für die jeweilige ärztliche Leistung besonders geeigneten Arzt des Krankenhauses erbracht werden. In diesem Fall ist der vom Patienten für ein bestimmtes Fachgebiet bzw. für einen bestimmten Bereich gewünschte Wahlarzt durch Ausfüllen der hierfür vorgesehenen

stantly to any elective physician and to any other St. Josefs-Hospital's physicians participating in the patient's treatment, including without limitation in case of the appointment of a medical professional or a physician specialized in a certain medical field other than the physician chosen by separate agreement pursuant to **Sec. 3**, to such extent that they are entitled to separately charge for their services within the scope of inpatient or outpatient treatment as well as before and after hospitalized inpatient treatment (SGB V § 115a), including any services ordered and rendered by such physicians or such medical facilities outside of St. Josefs-Hospital. The choice cannot be limited to any particular doctor at the hospital who is authorized to invoice in his own name (KHEntG §17). The foregoing shall also apply to such extent that St. Josefs-Hospital shall itself charge for any elective medical services.

- (5) If there are surgical procedures within the admission and treatment contract based on this Agreement on Elective Medical Services, the patient's consent for the surgical procedure will include non-exclusive the optional physician and his permanent medical representatives but also subordinated physicians. Providing that in the case of a surgical procedure by subordinated physicians elective medical services may not be billed.

§ 4 Remuneration and Termination of Services

- (1) St. Josefs-Hospital is entitled to temporarily suspend elective medical services with immediate effect and without any prior notice to such extent and for such period as may be necessary to ensure the performance of general hospital services

Vereinbarung über den gewünschten Wahlarzt festzulegen. Für die Behandlung des Patienten in den übrigen Fachgebieten bzw. Bereichen gilt die Regelung nach **Anlage 3** weiter fort.

- (4) Die vorliegende Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich stets, d.h. auch im Falle einer abweichenden Festlegung des Wahlarztes für ein bestimmtes Fachgebiet bzw. einen bestimmten Bereich nach gesonderter Vereinbarung gemäß **Absatz 3**, auf den festgelegten Wahlarzt und alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der voll- und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlichen Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Die Wahl kann nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 KHEntG). Das Vorstehende gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

- (5) Erfolgen im Rahmen des dieser Wahlleistungsvereinbarung zugrundeliegenden Aufnahme- und Behandlungsvertrags operative Maßnahmen, so bezieht sich eine Einwilligung des Patienten in die Durchführung solcher operativer Maßnahmen nicht ausschließlich auf den nach dieser Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Wahlarzt oder seinen ständigen ärztlichen Vertreter, sondern stets auch auf nachgeordnete Ärzte des Krankenhauses. Dies gilt, mit der Maßgabe, dass im Fall der Durchführung einer operativen Maßnahme durch nachgeordnete Ärzte keine wahlärztlichen Leistungen

to other patients.

- (2) This Agreement may be terminated by either Party at any time with one day's prior notice.
- (3) Furthermore, this Agreement can be terminated by either Party for good cause at any time without notice.

§ 5 Rejection of the Performance of Elective Medical Services

St. Josefs-Hospital may refuse to conclude an agreement regarding elective medical services with patients who have not yet settled the charges of prior hospital treatment or who did not do so in a due and timely manner.

§ 6 Direct Settlement Between St. Josefs-Hospital and Private Health Insurance Providers

In the case of patients with private health insurance, KHG § 17c (5) ("Krankenhausfinanzierungsgesetz", i.e. German Hospital Funding Law) provides the possibility of direct settlement between the respective hospital and the patient's private health insurance company. In such regard, the respective hospital will invoice the hospital's general service performance pursuant to KHEntG § 2 (2) alongside the hospital's elective medical services (which include, in particular but without limitation, the elective medical services for hospital accommodation).

Whether or not this possibility for direct invoicing vis-à-vis a private insurance provider can be utilized or not has to be chosen by the patient in Annex 2.

§ 7 Advance and Interim Payments

St. Josefs-Hospital may demand appropriate advance payments as well as appropriate interim partial payments.

§ 8 German Version as Legally Binding Version of this Agreement

The English version of this Agreement is

berechnet werden können.

§ 4 Vergütung und Leistungseinstellung

- (1) Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird.
- (2) Der vorliegende Vertrag kann von jeder Partei an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden.
- (3) Der Vertrag kann darüber hinaus von beiden Teilen aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

§ 5 Ablehnung der Erbringung von Wahlleistungen

Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. verspätet gezahlt haben, ablehnen.

§ 6 Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und privater Krankenversicherung

Bei privat krankenversicherten Patienten besteht gemäß § 17c Absatz 5 KHG die Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen. Durch das Krankenhaus auf diesem Wege abgerechnet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 KHEntG und die nichtärztlichen Wahlleistungen (hierzu gehören insbesondere die Wahlleistungen zur Unterkunft).

Ob von dieser Möglichkeit der Direktabrechnung mit dem privaten

used only and exclusively to convey the general meaning of the German text version (“Wahlleistungsvereinbarung”) to international patients of St. Josefs-Hospital. Still, in case of any doubt, the German version shall be exclusively binding. By signing this Agreement, the Patient declares his/her consent to the exclusive legal applicability of the German version of this Agreement.

List of Annexes:

- **Annex 1: Consent for electronic transmission of personal data to external clearing centers**
- **Annex 2: Important information concerning your private billing statement by PVS Südwest GmbH**
- **Annex 3: List of Optional Physicians and der Permanent Medical Representatives**
- **Annex 4: Consent for data transmission to a private health insurance company**

Wiesbaden,

Patient's signature
(For minor patients: legal guardian)

Signature of Duly Authorized Representative of St. Josefs-Hospital
I am acting as the Patient's authorized representative

(Name and address of the representative)

Representative's signature

Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch gemacht wird oder nicht, ist durch den Patienten in Anlage 2 zu erklären.

§ 7 Voraus- und Abschlagszahlungen

Seitens des Krankenhauses können sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

§ 8 Rechtliche Gültigkeit der deutschen Fassung

Für alle Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist, soweit nicht gesetzlich zwingend etwas Anderes bestimmt ist, der Gerichtsstand Wiesbaden vereinbart. Vertragssprache ist Deutsch. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht. Die englischsprachige Version dieser Vereinbarung dient nur der sprachlichen Übersetzung. Bei Zweifeln ist die deutsche Version rechtlich bindend und maßgeblich. Mit Unterzeichnung der Vereinbarung erklärt sich der Patient mit der deutschen Version einverstanden.

Liste der Anlagen:

- **Anlage 1: Einwilligung zur Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle**

- **Anlage 2: Wichtige Information zu Ihrer Privatabrechnung durch die PVS Südwest GmbH**

- **Anlage 3: Liste der Wahlärzte und ihrer ständigen ärztlichen Vertreter**

- **Anlage 4: Einwilligung in die Datenübertragung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung**

Wiesbaden, den

Unterschrift des Patienten
(bei Minderjährigen Patienten:
des Sorgeberechtigten)

	Unterschrift des Vertreters des Krankenhauses Ich handele als Vertreter des Patienten und bin hierzu bevollmächtigt: _____ Name und Anschrift des Vertreters _____ Unterschrift des Vertreters
--	---

Anlage 1: Einwilligung zur Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle gem. § 6 Abs. 1b, § 11 Abs. 2a und h KDG i.V.m. § 17 Abs. 3 Satz 6 KHEntgG

Die Abrechnung erfolgt über die jeweils beauftragten Verrechnungsstellen. Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass meine zur Rechnungsstellung sowie ggf. zum Forderungseinzug notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen sowie ggf. Befunde, OP-Berichte, Arztbriefe, ggf. auch die vollständige Krankenakte des Krankenhausaufenthalts, wenn die sich hieraus ergebenden und miteinander zusammenhängenden Einzelheiten für die rechtskonforme Abrechnung von Bedeutung sind) an die jeweils beauftragte Verrechnungsstelle zum Zweck der Abrechnung übermittelt und die Rechnungsforderung zum Zwecke des Einzugs abgetreten werden kann. Die Mitarbeiter jeder vom Krankenhaus beauftragten Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzrechts.

Das Krankenhaus und seine leitenden Ärzte arbeiten mit folgenden Abrechnungsstellen zusammen:

1. Im Fall der von Frau Dr. I. Schanz, Frau Dr. U. Soetje, Herrn Prof. Dr. S. Farkas, Herrn Prof. Dr. B. Gabriel, Herrn Dr. P. Hartung, Herrn Prof. Dr. M. Liebetrau, Herrn Dr. B.O. Maier, Herrn Prof. Dr. M. Richter, Herrn Prof. Dr. C. Sarrazin und Herrn Priv.-Doz. Dr. M. Trenner erbrachten wahlärztlichen Leistungen die **MEDAL Medizinische Abrechnung GmbH**, Siemensstr. 3, 64859 Eppertshausen.
2. Im Fall der von Frau Dr. med. Marina Petermann, Herrn Prof. Dr. J. Dargel, Herrn Prof. Dr. Dr. J. Ehrlich, Herrn Prof. Dr. J. Pfeil, Herrn Dr. P. Rehbein, Herrn Prof. Dr. Dr. B. Scheller, Herrn Dr. M. Schneider und Herrn Dr. M. Schröder erbrachten wahlärztlichen Leistungen die **PVS Südwest GmbH**, C 8 und 9, 68159 Mannheim; **besondere Hinweise zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die PVS Südwest GmbH sowie zur Abtretung der Rechnungsforderung finden Sie in der nachfolgenden „wichtigen Informationen zu Ihrer Privatabrechnung durch die PVS Südwest GmbH“ (Anlage 3).**

Mit der vorangehend beschriebenen Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle bin ich einverstanden.



Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Patienten der unter vorangehend Nr.2 genannten Wahlärzte willigen darüber hinaus – nach Kenntnisnahme der beiliegenden „wichtigen Information zu Ihrer Privatabrechnung durch die PVS Südwest GmbH“ (Anlage 2) – in Folgendes ein:

- Ich bin mit der Weitergabe zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen, insbesondere der aus der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH, C 8, 9, 68159 Mannheim mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnungen durch die PVS SSC - Shared Service Center - GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen, einverstanden.
- Ich stimme zu, dass die PVS Südwest GmbH die Leistungen meines Arztes und ggf. mitbehandelnder Ärzte im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungs Begründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS Südwest GmbH einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.
- Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS Südwest GmbH widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen meinem Arzt und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Wiesbaden, den

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

(bei Minderjährigen Patienten: des Sorgeberechtigten; unterzeichnet bei minderjährigen Patienten ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt)

Annex 1: Consent for electronic transmission of personal data to external clearing centers according to § 6 Abs. 1b, § 11 Abs. 2a und h KDG i.V.m.§ 17 Abs. 3 Satz 6 KHEntgG

Billing will be carried out by respective medical clearing centers each commissioned by St. Josefs-Hospital. I have been informed and agree that my personal data necessary for invoicing (such as address, date of birth, health insurance provider, number of treatment days, services rendered in accordance with the scale of charges as well as associated diagnoses) shall be transmitted electronically to one of the assigned medical clearing centers for invoicing purposes. Employees of each of the assigned clearing centers are bound by the duty of confidentiality and the provisions of German data protection law.

St. Josefs-Hospital and its senior physicians cooperate with the following external clearing centers:

1. In case of elective medical services invoiced in the name of Dr. I. Schanz, Dr. U. Soetje, Prof. Dr. S. Farkas, Prof. Dr. B. Gabriel, Dr. P. Hartung, Prof. Dr. M. Liebetrau, Dr. B.O. Maier, Prof. Dr. M. Richter, Prof. Dr. C. Sarrazin und Priv.-Doz. Dr. M. Trenner: **MEDAL Medizinische Abrechnung GmbH**, Siemensstr. 3, 64859 Eppertshausen.
2. In case of elective medical services invoiced in the name of Dr. med. Marina Petermann, Prof. Dr. J. Dargel, Prof. Dr. Dr. J. Ehrlich, Prof. Dr. J. Pfeil, Dr. P. Rehbein, Prof. Dr. Dr. B. Scheller, Dr. M. Schneider und Dr. M. Schröder: **PVS Südwest GmbH**, 8 and 9, 68159 Mannheim. You can find further information about the processing of personal data by the PVS Südwest GmbH and the assignment of the invoice in the following annex 3 „**Important information concerning your private billing statement**“

Patients of the elective physicians mentioned under No. 2 further agree – after being provided with “Important information concerning your private billing statement” (**Annex 2**) – **to the following:**

1. I consent to the disclosure of information for the purpose of billing the provided medical services, including that contained in the patient file (name, date of birth, address, diagnosis, payer, examination and treatment data), as well as to the assignment of the claim for the purpose of collection, to PVS Südwest GmbH, C 8, 9, 68159 Mannheim, with the business offices Karlsruhe and Freiburg as well as to the printing and sending of invoices by PVS SSC - Shared Service Center – GmbH,



Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen.

2. I consent that PVS Südwest GmbH may invoice the services of my physician and, if applicable, those of other physicians treating me in its own name and may collect for its own account. Should there be a difference of opinion about whether the claim is justified, I consent to the disclosure to PVS Südwest GmbH of additional data from the patient file needed to justify the invoice. In the event of any lawsuit, PVS Südwest GmbH is the party to the suit. My physician may be heard as a witness.

3. This declaration also applies to claims arising from future treatments. It may be withdrawn at any time with prospective effect by giving notice to my physician or PVS Südwest GmbH. Withdrawal of consent does not affect the lawfulness of processing that has taken place up to such time on the basis of this consent. In the case of withdrawal, no further data will be transmitted between my physician and PVS Südwest GmbH.

I hereby grant my consent to the described data transmission and the regulations relating to PVS Südwest GmbH.

The declaration of consent is given voluntarily. It can be revoked with effect for the future at any time.

Wiesbaden,

Patient's signature

Representative's signature
(For minor patients: legal guardian)



Anlage 2: Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung durch die PVS Südwest GmbH

(Artt. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG bzw. §§ 14 ff. KDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von uns zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Südwest GmbH, eine berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die beigefügte Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Empfänger der Daten ist die PVS Südwest GmbH, sie unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS Südwest GmbH hilft Ihnen gerne auch hier weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Ziffernzusammenstellung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie auch bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt.

In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Südwest GmbH als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse C 8, 9, 68159 Mannheim oder Tel.: 0621-1640 bzw. E-Mail: rechnung@pvs-suedwest.de und www.pvs-suedwest.de.

Die von der PVS Südwest GmbH verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.



Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Südwest GmbH, E-Mail: datenschutz@pvs-suedwest.de oder Fax: 0621-1645370.

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-suedwest.de.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Telefon 0711/615541-0, Telefax 0711/615541-15, E-Mail: poststelle@ldi.bwl.de
(Schutzbedürftige Daten sollten nicht unverschlüsselt per E-Mail oder via Telefax übertragen werden.)
PGP-Fingerprint: E4FA 428C B315 2248 83BB F6FB 0FC3 48A6 4A32 5962
Homepage: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Annex 2: Important information concerning your private billing statement by PVS Südwest GmbH
[Articles 12 et seq. of the EU General Data Protection Regulation (GDPR) in conjunction with sections 32 et seq. of the German Federal Data Protection Act (Bundesdatenschutzgesetz, BDSG)]

Dear patient,

In your own interest, please take a moment to read the following.

In connection with your treatment, we accrue data about you, which we need to process to the necessary extent in order to perform the treatment contract. Subject to compliance with the relevant provisions of data protection law, these data may be also disclosed to third parties to the required degree (e.g. laboratories, physicians providing further treatment). We transmit your personal data to third parties only if this is permitted by law or if you have given your consent.

We intend to engage PVS Südwest GmbH, a professional association of the medical profession with many years of experience in billing physicians' fees, for the purposes of billing for the services that we provide to you. The purpose of this collaboration is to relieve our administration of the burden of dealing with billing questions. As a result, we will gain more time to provide optimal care to our patients. Your billing statement for our fees is generated in accordance with our specifications.

We would therefore like to ask that you read the attached declaration of consent and provide your consent to the described billing procedure, including to the disclosure of your medical data necessary for this purpose. Your consent is voluntary. Your treatment is not dependent on this declaration of consent.

The recipient of the data is PVS Südwest GmbH. As an entity under a duty of professional confidentiality, it is subject, as are we, to provisions concerning the statutory obligation to maintain doctor-patient confidentiality, as well as those concerning data protection. Sometimes, there are questions or requests concerning an invoice. PVS Südwest GmbH will be glad to assist you, answer your questions about codes, prepare copies of the billing statement, and support you also with counter-arguments if your payer or insurance company has objections. For all billing questions, you can reach PVS Südwest GmbH as your competent contact partner by writing to C 8, 9, 68159 Mannheim, by calling 0621-1640, or by sending an email to rechnung@pvs-suedwest.de, as well as at www.pvs-suedwest.de.

The medical data processed by PVS Südwest GmbH are blocked when no longer needed and then erased after expiry of the statutory retention periods. You have the right to obtain information about the personal data concerning you. You also have the right to obtain the rectification of inaccurate data. In addition, under certain conditions, you have the right to erasure of data, the right to restriction of data processing, and the right to data portability. Please direct your concerns about data protection directly to the data



protection officer of PVS Südwest GmbH, email: datenschutz@pvs-suedwest.de or fax: 0621- 1645370. You can obtain further information about data protection at PVS in the “PVS Transparency Declaration”, which can also be viewed at any time at www.pvs-sudwest.de.

Furthermore, you have the right to complain to the responsible supervisory authority for data protection if you consider the processing of your personal data to be unlawful.

The contact data for the responsible supervisory authority are:
Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Baden-Württemberg Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Tel: 0711/615541-0, Fax: 0711/615541-15, email:
poststelle@lfdi.bwl.de (Sensitive data should not be
sent unencrypted by email or fax.)
PGP-Fingerprint: E4FA 428C B315 2248 83BB F6FB 0FC3 48A6 4A32 5962
Website: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Thank you for your trust!

Anlage 3: Liste der Wahlärzte und ihrer ständigen ärztlichen Vertreter

[noch einfügen]



Anlage 4: Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

Patientenaufkleber

Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen

**Einwilligungen in Datenübermittlungen
zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Krankenhäusern
(Direktabrechnung und Mitteilung eines Pflegegrades)**

(Art. 6 Abs. 1 a), f), Art. 9 Abs. 2 a), f), Abs. 4 DS-GVO bzw. § 6 Abs. 1 b), § 11 Abs. 2 a), f), Abs. 4 KDG i.V.m.
§ 17c Abs. 5 KHG, § 301 Abs. 2a SGB V)

Frau / Herr _____,

geboren am _____

wohnhaft in _____,

**Direktabrechnung
zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung**



mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch. Dies bedeutet nur, dass nicht ich die Rechnung bekomme, sondern diese direkt an meine private Krankenversicherung übermittelt wird.

(Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen oder postalischen Datenaustauschs an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

1. Name des Patienten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Versichertenstatus,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Angabe / Mitteilung eines Pflegegrades

Für den Fall, dass bei mir ein Pflegegrad besteht, bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus diesen übermittelt.

Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Krankenhaus wichtig, um die Rechnung korrekt stellen zu können.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr



Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Annex 4: Consent for data transmission to a private health insurance company

Patientenaufkleber

Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen

**Consent for data transmission
Direct settlement between the hospital and the private health insurance company
according to § 17 Sec. 3 S. 6 German Hospital Fees Act (KHEntgG)**

**(Art. 6 Abs. 1 a), f), Art. 9 Abs. 2 a), f), Abs. 4 DS-GVO bzw. § 6 Abs. 1 b), § 11 Abs. 2 a), f), Abs. 4 KDG i.V.m.
§ 17c Abs. 5 KHG, § 301 Abs. 2a SGB V)**

I,

Mr / Mrs _____,

born on: _____

residing in: _____,



make use of the possibility of direct settlement between the hospital and the private health insurance company within the framework of my private health insurance. This only means that I do not receive the invoice, but it is sent directly to my private health insurance.

(Name and address of the private health insurance company)

I hereby agree that the Hospital will transmit these data electronically or in writing to the external settlement agent for the purpose of the settlement of the optional medical services.

In general it involves the following data according to § 301 SGB V

1. Name,
2. Date of birth,
3. Address,
4. The status of the insured,
5. The day, the time and the reason of the admittance, the referral and admission diagnoses, in case of change of the admission diagnosis the following diagnoses, the forecast duration of the hospital treatment and, in case that this duration is exceeded, a medical statement,
6. The date and the kind of the surgeries and procedures that were performed in hospital,
7. The day, the time and the reason for the discharge or transferring and the for the hospital treatment main reasonable principle and secondary diagnosis.
8. Details about the rehabilitation measures during hospital stay and statements about working ability and proposals for the type of further treatment including a statement about an appropriate institution.

Indication / notification of a degree of care

Knowledge of the degree of care is important for the hospital to be able to set the bill correctly.

In the event that I have a degree of care, I agree that my private health insurance will pass it on to the hospital.

Your consents are given voluntarily. If you do not agree, there won't be any disadvantages.

This declaration of consent can be revoked at all times.

Place, date

Signature of the patient

