



## Anlage VII

### **Datenschutzerklärung gem § 11b VersVG für die Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung** *Unverbindliche Empfehlung des VVO (vorbehaltlich Änderungen des KaKuG)*

*[Name und Adresse des Arztes, DVR Nr.]*

Nach- und Vorname der/s PatientIn: \_\_\_\_\_

Name der privaten Krankheitskostenversicherung (im Folgenden kurz der Versicherer)

Diese Zustimmungserklärung gilt für Ihre Behandlung vom \_\_\_\_\_

#### **1. Übermittlung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Direktverrechnung**

Ich wurde darüber informiert, dass folgende personenbezogenen Gesundheitsdaten für Zwecke der Direktverrechnung an den Versicherer zu übermitteln sind:

- Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers:  
Daten über meine Identität, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der ambulanten Behandlung, sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
- Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
  - a) Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß), einschließlich des Operationsberichts;
  - b) Daten über die Dauer der Behandlung; und
  - c) Daten über die Beendigung der Behandlung.

Ich wurde darüber belehrt, dass ich diese Datenübermittlung jederzeit untersagen kann, was zur Folge haben könnte, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und ich für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleibe, die sonst von der Versicherung gedeckt wären.

Ich wurde außerdem darüber belehrt, dass zur Beurteilung des Umfangs der Leistungspflicht der Versicherung weitere Daten erforderlich sein könnten, sollte dies der Fall sein, wird mich meine private Krankenversicherung auffordern eine diesbezügliche Einzelzustimmung zu erteilen. Ich stimme ausdrücklich zu, dass mangels Erteilung dieser Einzelzustimmung binnen 14 Tagen ab Versendung der Aufforderung zur Zustimmung die Kosten der ambulanten Behandlung von mir zu bezahlen sind und ich danach einen möglichen Ersatz durch meine private Krankenversicherung direkt mit dieser klären muss.

#### **2. Auftrag zur Direktverrechnung**

Ich erteile hiermit *[Name des Arztes]* den Auftrag, Ansprüche aus meiner Krankheitskostenversicherung direkt mit dem Versicherer zu verrechnen. Ich nehme zur Kenntnis, dass für Zwecke der Direktverrechnung die in Punkt 1. genannten Daten vom Versicherer durch Auskünfte bei *[Name des Arztes]* ermittelt werden. Im Falle des Widerrufs der Zustimmungserklärung (siehe Pkt.1) tritt auch der Auftrag zur Direktverrechnung Ihrer Ansprüche mit dem Arzt außer Kraft.

#### **3. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Zum Zweck der Direktverrechnung entbinde ich hiermit die befragten ÄrztInnen von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer hinsichtlich der in Punkt 1. genannten Daten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des/r PatientIn: \_\_\_\_\_