

 Kliniken Köln Institut für Transfusionsmedizin	Formblatt	Seite 1 von 3
SOP-620-F2 Version 5.0	Einverständniserklärung Kostenübernahme	Gültig ab:
Qualitätskontrolle:	90XXXXXX	

Einverständniserklärung zur Kostenübernahme

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Tel.: _____ Email-Adresse: _____

Gewünschte Untersuchungen:

- ☐ alle erforderlichen patientenabhängigen Untersuchungen zur Aufnahme auf die Warteliste bei Eurotransplant
- ☐ entsprechende patientenabhängigen Untersuchungen zur Lebendnierenspende
- ☐ alle erforderlichen patientenabhängigen Untersuchungen zur Nachsorge nach Transplantation
- ☐ Sonstige

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung sämtlicher, im Rahmen der Transplantationsdiagnostik notwendigen, Untersuchungen einverstanden. Dies umfasst sowohl genetische und antikörperdiagnostische Analysen in Vorbereitung auf eine Transplantation, als auch solche im Rahmen der Transplantationsnachsorge. Von meinem behandelnden Arzt wurde ich umfassend über Art, Zweck und Aussagekraft der Untersuchungen, sowie über das Recht auf Nichtwissen informiert und habe zurzeit keine weiteren Fragen. Die Einverständniserklärung gilt ausschließlich für die oben genannten Untersuchungen. Ich bin mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für eine Überprüfung der Ergebnisse und evtl. notwendige Zusatzuntersuchungen einverstanden. Falls erforderlich darf das Probenmaterial an ein spezialisiertes, medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden. Bei Fragen kann ich mich jederzeit an meinen behandelnden Arzt wenden.

Mit der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Probenmaterial für die Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.

 Kliniken Köln Institut für Transfusionsmedizin	Formblatt	Seite 2 von 3
SOP-620-F2 Version 5.0	Einverständniserklärung Kostenübernahme	Gültig ab: Siehe Seite 1
Qualitätskontrolle:	90XXXXXX	

Hiermit erteile ich die Einwilligung, dass die Kliniken der Stadt Köln gGmbH meine personenbezogenen Daten an den unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Wadern, weitergibt.

Bei den personenbezogenen Daten des Betroffenen handelt es sich um Gesundheitsdaten gemäß DS-GVO Art. 9 Abs. 1, insbesondere um solche aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe) und gegebenenfalls die gesamte Krankenakte des Betroffenen.

„Gesundheitsdaten“ im Sinne der DS-GVO sind nach Art. 4 Nr. 15 DS-GVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche und/oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

Bei der Abrechnungsstelle handelt es sich um einen Empfänger im Sinne der Art. 13 Abs. 1 lit. e und Art. 14 Abs. 1 lit. e DS-GVO.

Die Verarbeitung der Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Rechnungserstellung (Abrechnung der privat- bzw. wahlärztlichen Leistungen) und des Inkassos. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1a, Art. 7 und Art. 9 Abs. 2a DS-GVO, § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG.

Willigt der Betroffene der Verarbeitung der Gesundheitsdaten nicht ein, wird die Abrechnung der Behandlungsleistungen durch die Mitarbeiter/innen der Kliniken der Stadt Köln gGmbH erfolgen. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten des Betroffenen an die Abrechnungsstelle unterbleibt.

Der Betroffene kann seine Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der, bis zum Widerruf erfolgten, Verarbeitung, nicht berührt. Nach erteiltem Widerruf dürfen die Daten von der Abrechnungsstelle nicht weiterverarbeitet werden.

Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbindet der Betroffene die Mitarbeiter/innen der Kliniken der Stadt Köln gGmbH gegenüber der Abrechnungsstelle ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle sind ihrerseits zur Vertraulichkeit verpflichtet und unterliegen auch nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses der Verschwiegenheitspflicht.

Die Bereitstellung der Daten ist weder gesetzlich noch für die ärztliche Behandlung des Betroffenen erforderlich. Es besteht keine Pflicht, die Einwilligung zu erteilen.

Die Verarbeitung durch die Abrechnungsstelle umfasst u. a. die Speicherung der erstellten Rechnungen. Die Speicherdauer beträgt 10 Jahre, gemäß den Vorschriften des § 257 Abs. 4, Abs. 1 Nr. 4 HGB, § 146 Abs. 3 S. 1, Abs. 1 Nr. 4 AO. Die Speicherung erfolgt zum Zwecke der Dokumentation und Beweissicherung.

Der Betroffene hat das Recht, Auskunft über die betreffenden, personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung und eines Widerspruchsrechts gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit von den Kliniken der Stadt Köln gGmbH zu verlangen.

 Kliniken Köln Institut für Transfusionsmedizin	Formblatt	Seite 3 von 3
SOP-620-F2 Version 5.0	Einverständniserklärung Kostenübernahme	Gültig ab: Siehe Seite 1
Qualitätskontrolle:	90XXXXXX	

Dem Betroffenen steht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Kontaktdaten der Datenschutzkoordinatorin der Kliniken der Stadt Köln gGmbH:
Stephan Sedlmair
E-Mail: datenschutz@kliniken-koeln.de

Der Betroffene bestätigt, die Information zur Datenverarbeitung erhalten zu haben.

Köln, _____
Datum

Unterschrift des/der Betroffenen (bei
minderjährigen Patienten/Patientinnen: des
oder der Sorgeberechtigten)