



UMM Universitätsmedizin Mannheim, 68135 Mannheim

**Pathologisches Institut**  
**Direktor**  
**Univ.-Prof. Dr. Ch. Brochhausen-Delius**

Telefon: <49 621 383-2275>

Telefax: <49 621 383-2005>

### **Einwilligung zur Datenübermittlung**

**(nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG)**

---

Name und Vorname des Patienten

Geburtsdatum

---

Anschrift

Ich willige ein, dass nach erfolgter Gewebeuntersuchung durch das Pathologische Institut am Universitätsklinikum Mannheim, Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim, die Firma Unimed - Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern- mit der Durchführung der Rechnungsstellung und des Inkassos für die wahlärztlichen Leistungen beauftragt wird. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an Unimed, wie Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung sowie erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ) und dazugehörige Diagnosen, erforderlich.

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bin damit einverstanden, dass das Pathologische Institut der externen Abrechnungsstelle diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt. Ich entbinde die an meiner Versorgung beteiligten Mitarbeiter der Abrechnungsstelle des Pathologischen Instituts am Universitätsklinikum Mannheim daher von der Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der Weitergabe meiner o.g. Patientendaten an die o.g. externe Abrechnungsstelle erforderlich ist.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen 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 Pathologischen Institut statt.

Diese Widerrufserklärung ist an das behandelnde Krankenhaus/die behandelnde Arztpraxis zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten)