

Anschrift Festsetzungsstelle

Erklärung(en) der berücksichtigungsfähigen und datenschutzrechtlich einwilligungsfähigen Person(en)

- Mit der Übermittlung der Daten zu meiner Person, von Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen dem Krankenhaus, der rechnungsstellenden Person und der Festsetzungsstelle bin ich einverstanden, soweit diese zur Prüfung des Zahlungsanspruchs des Krankenhauses erforderlich sind.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder der rechnungsstellenden Person klären.
- Ich willige ein, dass die Festsetzungsstelle sich zur Prüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit von Aufwendungen Dritter bedienen und hierzu die erforderlichen Daten übertragen kann. Ich entbinde das Krankenhaus, das behandelnde ärztliche Personal, die rechnungsstellende Person und die Festsetzungsstelle insoweit von der Schweigepflicht auch gegenüber dem Dritten.
- Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung jederzeit widerrufen kann.
- Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich (nur für volljährige berücksichtigungsfähige Personen)

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B1
(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B2
(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B3
(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B4
(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B5
(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)