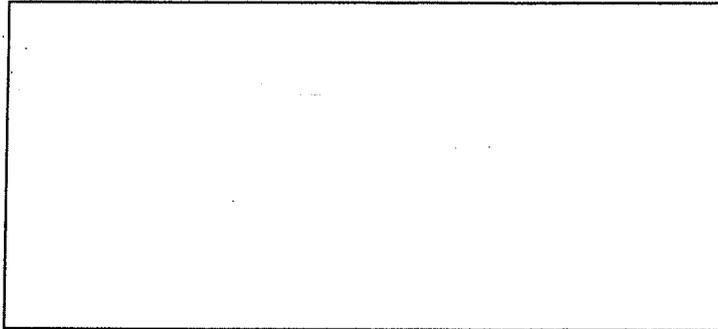


**Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die
Datenweitergabe an die UNIMED GmbH zum Zwecke der Abrechnung von im
UKE erbrachten privat/wahlärztlichen Leistungen**



Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um "besondere Arten personenbezogener Daten" i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der UNIMED Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Auf der Heide 17-19, 66687 Noswendel und betreffend der radiologischen Leistungen, das Abrechnungsbüro für Ärzte, Poppenbütteler Chaussee 36, 22397 Hamburg, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die mich privat ambulant behandelnden Ärzte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. seines
Vertreters (bei minderjährigen Patienten:
des oder der Sorgeberechtigten)