

## Beitrittserklärung

gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband)  
zur zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und PKV-Verband  
geschlossenen Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei  
Krankenhausleistungen in Verbindung mit § 17c KHG  
(Rahmenvereinbarung Datenübertragung)

Wir erklären den Beitritt des unten genannten Krankenhauses zur Rahmenvereinbarung zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) zur Rahmenvereinbarung Datenübertragung und erkennen die dort getroffenen Festlegungen einschließlich späterer Fortschreibungen als verbindlich an:

Krankenhausträger	
Name des Krankenhauses	
Straße	
PLZ und Ort	
IK des Krankenhauses	
Ansprechpartner	
Telefon	
E-Mail	
Beitritt zur Rahmenvereinbarung zum (Datum)	
Voraussichtlicher Termin zur Aufnahme Echtdatenaustausch	

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

Bitte senden Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung an:  
**PKV-Verband e.V. (z. Hd. Herrn Gobena), Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.**

**Für Fragen zur technischen Anbindung wenden Sie sich bitte an die Annahmestelle unter [www.pkv-dav.de](http://www.pkv-dav.de), E-Mail: [pkv-dav@innovas.de](mailto:pkv-dav@innovas.de).**

## Mitteilung des Zahlungswegs

für die Abrechnung gemäß der Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei Krankenhausleistungen in Verbindung mit § 17c KHG  
(Rahmenvereinbarung Datenübertragung)

Hiermit teilen wir die Bankverbindung des unten genannten Krankenhauses dem PKV-Verband zur Weiterleitung an die privaten Krankenversicherungsunternehmen als Zahlungsweg für die Abrechnung gemäß der Rahmenvereinbarung Datenübertragung mit. Änderungen der Bankdaten werden wir dem PKV-Verband unverzüglich mitteilen. Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Bankdaten übernimmt der PKV-Verband keine Haftung.

Name des Krankenhauses	
Straße	
PLZ und Ort	
IK des Krankenhauses	
Register-Nummer <i>(vom PKV-Verband mitgeteilt)</i>	
Ansprechpartner	
Telefon	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift 1)\*

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift 2)\*

\_\_\_\_\_  
Stempel des Krankenhauses

**\* Die Mitteilung muss mit zwei Unterschriften erfolgen (Vier-Augen-Prinzip).**

Bitte senden Sie die unterzeichnete Mitteilung an:  
**PKV-Verband e.V. (z. Hd. Herrn Gobena), Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.**

Für Fragen zur technischen Anbindung wenden Sie sich bitte an die Annahmestelle unter  
[www.pkv-dav.de](http://www.pkv-dav.de), E-Mail: [pkv-dav@innovas.de](mailto:pkv-dav@innovas.de).