



Behandlungsvertrag und Datenschutzerklärung

Patient/in

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Privat, Geschäft, Mobil)	
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	Beruf	
Versicherung	Versicherungsnr.	Hausarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beihilfeberechtigt
Rechnungsanschrift (falls vom Wohnort abweichend)		E-Mail	

Gesetzlicher Vertreter/Hauptversicherter (z. B. bei Kindern unter 18 Jahren)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort

Mir ist bekannt, dass alle folgenden Einwilligungen jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden können.

Einverständnis zur Terminerinnerung

Im Rahmen unserer digitalen Terminvereinbarung über den Dienstleister samedi GmbH stimmen Sie zu, dass wir Ihre E-Mailadresse und in Ausnahmefällen Telefonnummer zur Kontaktaufnahme in Bezug auf Terminerinnerungen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) oder -änderungen weitergeben und nutzen dürfen. Einzelheiten zum Schutz Ihrer Daten entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite (hautaerzte-roth.de/datenschutz).

→

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters
------------	--

Einverständnis Praxisbetrieb

Ich verpflichte mich, die für die Behandlung anfallenden Kosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung des Höchstsatzes § 5 GOÄ selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungs-/Beratungskosten persönlich verpflichtet bin, unabhängig davon, ob Versicherungen und/oder Beihilfestellen diese ganz, teilweise oder nicht übernehmen.

Werden Blut- oder Gewebeproben zur Untersuchung an ein Labor versandt, erhalten Sie eine gesonderte Rechnung direkt vom entsprechenden Institut.

Um eine reibungslose ärztliche Versorgung sicherzustellen, erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich damit einverstanden bin, dass unsere Patientenkartei bzw. die betreffenden Aufzeichnungen von allen Ärzten der Gemeinschaftspraxis, einem ärztlichen Stellvertreter oder einem in der Praxis angestellten Arzt oder evtl. Praxisnachfolger genutzt werden können.

Schadensersatzansprüche aufgrund von Wartezeiten werden beiderseits ausgeschlossen.

→

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters
------------	--

Bitte wenden

Einverständnis zur Datennutzung/-übermittlung

Im Rahmen Ihrer Behandlung arbeiten wir ggf. mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden in geeignetem Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung der im beigefügten **Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung** näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten.

Ich willige ein, dass die im Rahmen der Behandlung erforderlichen Patientendaten an externe Labore zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben übermittelt werden dürfen. Wir weisen darauf hin, dass ohne dieses Einverständnis die Behandlung beeinträchtigt und lediglich eine Notfallbehandlung im erforderlichen Rahmen sichergestellt werden kann.



Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters

Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung

Im Folgenden aufgelistete Dienstleister können für einen reibungslosen Behandlungsablauf eingebunden werden.

Kooperationspartner	Dienstleistung	Übermittelte Daten
Histologielabor Dres. Kutzner und Kollegen, Friedrichshafen Bodensee	Histologielabor	Stammdaten (Vor- und Nachname, Geb. Datum, Adresse, Versicherung), Diagnose und Körperstelle
Labor Volkmann und Kollegen Karlsruhe	Labor	Stammdaten (Vor- und Nachname, Geb. Datum, Adresse, Versicherung), Diagnose und Symptomatik
Dr. Fooke Laboratorien GmbH Neuss	Allergielabor	Stammdaten (Vor- und Nachname, Pat-ID)
Verrechnungsstelle für Ärzte Meindl & Partner	Privatärztliche Verrechnungsstelle	Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsnummern und Behandlungsdaten
samedi GmbH	Digitale Terminvereinbarung	Vorname, Nachname, E-Mailadresse, ggf. weitere freiwillige Angaben

Die Rechnungsstellung wird evtl. von einer privatärztlichen Verrechnungsstelle durchgeführt. Damit diese tätig werden kann, erhält sie außer Namen, Geburtsdatum und Anschrift auch Diagnosen, Leistungsnummern und Behandlungsdaten, diese Leistungen betreffend.

Einzelheiten zum Schutz Ihrer Daten entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite (hautaerzte-roth.de/datenschutz).

Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Hautarztpraxis Dres. Rau/Frank/Vogel/Gleißenberg, Hilpoltsteiner Str. 3, 91154 Roth von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den von mir benannten Personen. Mir ist bewusst, dass die folgenden Angaben freiwillig sind.

Die Praxis ist berechtigt, folgenden Personen über meine medizinischen Belange mündlich oder schriftlich Auskunft zu erteilen:

_____	_____	_____
Name,	Vorname,	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name,	Vorname,	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Patientenname,		Geburtsdatum



Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass der untenstehende Leistungserbringer

- zum Zwecke der Erstellung der Rechnungen sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg (im Folgenden „Verrechnungsstelle“)

Insoweit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt; zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiterabtreten.

- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen.
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die unten stehenden Informationen zum Datenschutz gelesen zu haben und mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt wurde.

→

Ort, Datum

→

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Stempel Leistungserbringer

Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die vorstehend abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Anderenfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen, einziehen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU Datenschutzgrundverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg
Tel.: 0911 98478 301 - eMail: datenschutz@verrechnungsstelle.de

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle