

Anmeldung für Privatpatienten

Datenerfassung, Informationen zur Datenverarbeitung + Einwilligungen

Praxisangaben/ Praxisstempel

Patient/in Name, Vorname	geboren am
tagsüber telefonisch erreichbar unter (freiwillige Angabe)	Tarif
Zahlungspflichtige/r / Rechnungsempfänger/in Name, Vorname	geboren am
Straße	
Postleitzahl, Wohnort	
Krankenversicherung / Kostenträger (freiwillige Angabe)	Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

1. Behandlungsvertrag und Abrechnung

Mit Aufnahme der Behandlung kommt, soweit zwischen den Parteien nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wurde, zwischen dem oben angegebenen Arzt/der Ärztin und mir als Privatpatient unmittelbar ein Behandlungsvertrag zustande. Jeder Behandlung sollen künftig die hier mitgeteilten Daten und Bestimmungen zugrunde liegen. Die erbrachten ärztlichen Leistungen werde ich entsprechend der auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) erstellten Honorarrechnungen begleichen. Die Tätigkeit der Heilpraktiker wird auf Basis des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) liquidiert. Dies unabhängig davon, in welchem Umfang meine Krankenversicherung und/oder meine Kostenträger die berechneten Leistungen mir gegenüber erstatten.

Im Rahmen einzelner Behandlungen kann es erforderlich werden, labormedizinische Überprüfungen vorzunehmen, beispielsweise die Überprüfung von Blut- oder Gewebeprobe. Werden derartige Untersuchungen im Rahmen einer Behandlung vorgenommen, bevollmächtige ich die Ärztin/den Arzt, in meinem Namen ein mir vor Durchführung der jeweiligen ärztlichen Maßnahme mitgeteiltes Labor mit der Durchführung der für die Behandlung vorgesehenen Überprüfungen zu beauftragen. Mit Blick auf dieses dann beauftragte Labor/ die Laborärztin/ den Laborarzt (nachfolgend „benanntes Labor“) gelten die dazu in diesem Dokument getroffenen Bestimmungen. Die mit der Tätigkeit des Labors verbundenen Kosten trage ich gegenüber dem Labor, unabhängig von einer Erstattung durch Krankenversicherung oder Kostenträger.

2. Datenmitteilung/-erfassung zur Aufnahme als Patient/in, Datenverarbeitung

Die oben angegebenen Daten werden von mir zur Durchführung eines ärztlichen Behandlungsvertrages mitgeteilt. Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu werden meine personenbezogenen Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten verarbeitet. Zu diesen zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die durch den behandelnden Arzt oder andere Ärzte erhoben und/ oder verarbeitet werden. Zu diesen Zwecken können auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen ich in Behandlung bin, Daten zur Verfügung stellen, z. B. in Arztbriefen.

3. Zweck der Datenverarbeitung und Speicherung von Daten

Zweck der Verarbeitung meiner Daten ist die bestmögliche Ausführung der sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Pflichten. Meine personenbezogenen Daten dürfen nur so lange aufbewahrt werden, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass aufgrund rechtlicher Vorgaben eine Verpflichtung besteht, die Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss einer Behandlung aufzubewahren. Nach speziellen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Abs. 3 Röntgenverordnung.

4. Empfänger meiner Daten

Meine personenbezogenen Daten dürfen nur an Dritte weitergeleitet werden, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder ich eingewilligt habe. Empfänger der personenbezogenen Daten können dabei vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Ärztekammern und der Kölner Abrechnungsdienst Heiartz & Vogel oHG (KAD) als privatärztliche Verrechnungsstelle sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Klärung von medizinischen und sich aus meinem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen sowie zum Zwecke der Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann eine Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger erfolgen.

5. Einwilligung in eine Datenweitergabe zu Abrechnungszwecken

Die Abrechnung der ärztlichen Leistung aus dem Behandlungsvertrag wird durch die Ärztin/den Arzt über die Kölner Abrechnungsdienst Heiartz & Vogel oHG, Flachsberg 2, 50933 Köln, (nachfolgend „KAD“) vorgenommen. **Ich erkläre hiermit ausdrücklich meine Einwilligung dahingehend, dass alle zum Zwecke der Erstellung der ärztlichen Honorarrechnung sowie der Einziehung und gegebenenfalls gerichtlichen Durchsetzung der Forderung erforderlichen Angaben zu einer jeweils durchgeführten Behandlung, nämlich mein Vor- und Nachname, Rechnungsempfänger, Adresse, Geburtsdatum, Diagnosen, GOÄ- und GebüH- Leistungsziffern, Rechnungsbetrag und Behandlungsdokumentationen sowie – soweit von mir angegeben – auch freiwillige Angaben an den KAD weitergegeben werden. Der KAD darf die Daten, sofern erforderlich, zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Geltendmachung von entsprechenden Forderungen an ein Inkassounternehmen und/oder einen Rechtsanwalt/ eine Rechtsanwältin weiter reichen.**

6. Sofern im Rahmen einer Behandlung ein benanntes Labor über KAD seine Leistungen abrechnet, erteile ich hiermit bereits jetzt ausdrücklich auch meine Einwilligung dahingehend, dass die erforderlichen Abrechnungsdaten – identisch der Abrechnungsdaten für den Arzt/ die Ärztin – zu Zwecken der Abrechnung, Einziehung und gegebenenfalls gerichtlicher Durchsetzung der jeweiligen Forderung an den KAD übermittelt werden.
7. **Abtretung von Honorarforderungen an den KAD**
Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt/ die Ärztin sowie das benannte Labor die sich aus einer Behandlung ergebenden Forderungen an den KAD abtreten und stimme dem hiermit ausdrücklich zu. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung der KAD Inhaberin der Forderung ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der KAD zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Arzt als Zeuge vernommen werden kann.
8. **WIDERRUFSRECHT**
ICH WURDE DAVON IN KENNTNIS GESETZT, DASS DIE UNTER ZIFFER 5 BIS 7 ERTEILTEN EINWILLIGUNGEN/ GESTATTUNGEN JEDERZEIT FÜR DIE ZUKUNFT WIDERRUFEN WERDEN KÖNNEN.
9. **Entbindung von der Schweigepflicht**
Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt/meine behandelnde Ärztin ausdrücklich von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem benannten Labor sowie gegenüber dem KAD. Das benannte Labor entbinde ich von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem KAD. Ergänzend entbinde ich den Arzt/ die Ärztin, das Labor und KAD von ihrer Schweigepflicht gegenüber einem zur Geltendmachung von Honorarforderungen durch KAD eingebunden Inkassobüro und/ oder Rechtsanwalt im Zusammenhang mit einem entsprechenden außergerichtlichen und/ oder gerichtlichen Verfahren und dessen Durchführung. Die Entbindung erfolgt ausschließlich und beschränkt auf die Durchführung der Behandlung und zum Zweck der Abrechnung.
10. **Meine Rechte nach Datenschutzrecht, Informationen zu Verantwortlicher/m**
Ich habe das Recht, über die mich betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kann ich die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht mir unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigt der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin mein Einverständnis. In diesen Fällen habe ich das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Ich habe ferner das Recht, mich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin zuständigen Aufsichtsbehörde ist im Impressum der Homepage des behandelnden Arztes angegeben, ebenso die Kontaktdaten zu dem/r Verantwortlichen für die Datenverarbeitung und – soweit bei dem/r Verantwortlichen bestellt – der/ dem zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner Daten sind Artikel 6 Satz 1 Absatz 1 b), Artikel 9 Absatz 2 h) der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 b) Bundesdatenschutzgesetz.
11. **SCHUFA-Hinweis – Einholung Bonitätsauskunft**
Ergänzend kann der KAD zur Einholung einer Bonitätsauskunft die erhobenen personenbezogenen Daten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, übermitteln. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Satz 1 Absatz 1 b) und Artikel 6 Satz 1 Absatz 1 f) DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Satz 1 Absatz 1 Buchstabe f) DSGVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen des KAD oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.
Insoweit befreie ich den oben genannten Arzt/ die oben genannte Ärztin sowie den KAD von der Schweigepflicht. Die SCHUFA verarbeitet Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden.
Dieser Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten auf Basis berechtigter Interessen nach Artikel 6 Satz 1 Absatz 1 f) kann ich jederzeit aus Gründen, die sich aus einer besonderen Situation meinerseits ergeben, widersprechen. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und gerichtet werden an SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 103441 Köln.

Datum

Unterschrift