

Anmeldung für Privatpatienten / **Einwilligung zur privaten Behandlungsleistung**

vom Patienten / Erziehungsberechtigten auszufüllen:

Daten des Patienten

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Daten des Versicherten / Rechnungsempfängers

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Anschrift/Wohnort: _____

Krankenversicherung/Kostenträger:

Versicherungstarif: () Normaltarif - () KVB I-III - () KBV VI - () Basistarif - () Standardtarif - ()

Post-B - () sonstige: _____

Datum: _____ **Unterschrift(Patient*in):** _____

Datum: _____ **Unterschrift(gesetzl. Vertreter*in):** _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV) bzw. der privaten Postbeamten- oder Bahn-Krankenversicherung (Post-B oder KVB) und haben mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt die Durchführung einer Untersuchung oder Behandlung vereinbart.

Alle bei uns durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen werden im schulmedizinischen Bereich entsprechend den Gebührensätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet. Alternative Verfahren werden in Anlehnung an die GOÄ-Ziffern mit einem A für analoge Abrechnung gekennzeichnet.

Notwendige Laboruntersuchungen werden durch Labore bzw. deren beauftragte Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt, sofern sie nicht direkt durch die Praxis erbracht werden.

Bei durchschnittlichem Zeitaufwand wird – wie auch allgemein gebräuchlich – der mittlere Steigerungssatz der Ziffern angesetzt. In entsprechend begründeten Fällen (z. B. erhöhter Zeitbedarf, erschwerte Untersuchungsbedingungen, etc.) wird im vorgesehenen Rahmen der GOÄ ein erhöhter Steigerungssatz (bis 3,5-fachen Satz) zu Grunde gelegt. Sollte der Aufwand unterdurchschnittlich sein, wird ein entsprechend geringerer Steigerungsfaktor angesetzt. Gemäß Ihrem Versicherungsvertrag erstattet die PKV in der Regel den Rechnungsbetrag. Dennoch möchten wir darauf hinweisen, dass wir hierfür keine Garantie übernehmen können. Ebenso ist die PKV auch nicht verpflichtet, über das Maß

des medizinisch Notwendigen hinaus für anfallende Kosten aufzukommen, auch wenn die ergriffenen Maßnahmen medizinisch durchaus sinnvoll sind.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass es nicht erlaubt ist, im Falle einer Nichterstattung durch Ihre Krankenversicherung eventuelle Rückzahlungsansprüche an Ihre Krankenversicherung abzutreten, ein Forderungsübergang nach 67 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) ist ausgeschlossen.

Sie besprechen mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt den Umfang der geplanten Maßnahmen und geben mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, dass die anfallenden Kosten für die angebotenen Maßnahmen von Ihnen vollständig beglichen werden.

Einwilligung zur Abtretung/Übertragung

Ebenso erteile ich mein Einverständnis, dass die o. g. Praxis zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die Firma Arco VerrechnungsSysteme GmbH, Hindenburgstr. 23a, 21335 Lüneburg weitergibt. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Arco Inkasso GmbH für die außergerichtliche Durchsetzung der Forderung meinen Namen, meine Anschrift, den Rechnungsbetrag und die Rechnungs-Nr. erhält. Insoweit entbinde ich die Praxis ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass die Praxis, die sich aus der Behandlung ergebene Forderung an die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und Arco Inkasso GmbH abtritt. Diese Einverständniserklärung ist jederzeit vor Behandlung widerruflich.

Mir ist bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH als Forderungsinhaberin auftreten und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit die sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Arco VerrechnungsSysteme GmbH und Arco Inkasso GmbH zu erheben und geltend zu machen sind und die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt als Zeuge vernommen werden kann.

Einwilligung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von der Praxis und der Arco VerrechnungsSysteme GmbH – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung. Dies schließt auch die Übermittlung meines Namens und meiner Anschrift, den Rechnungsbetrag und die Rechnungs-Nr. für die außergerichtliche Geltendmachung an die Arco Inkasso GmbH ein. Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt von ihrer/ seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden mit der möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft für zur Prüfung meiner Bonität.

Die Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den vorgenannten Zwecken erstreckt sich auch auf besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Art. 9 der Datenschutzgrundverordnung, welche ggf. aus den Daten hervorgehen, so z. B. Informationen zu Diagnosen, Therapien, Verordnungen und sonstige Gesundheitsdaten.

Datum:

Unterschrift:

Bezüglich des Kostenumfanges der geplanten Maßnahmen bieten wir Ihnen auf Ihre Nachfrage gern an, die GOÄ einzusehen bzw. einen Kostenvoranschlag bei uns einzuholen.

Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin nicht erscheinen, ohne diesen bis spätestens einen Tag vorher abgesagt zu haben, so können Ihnen Kosten bis zur Höhe der an diesem Termin zu erbringenden Leistung als Verdienstausfall berechnet werden. Da wir eine Terminpraxis sind und zu Ihrem eigenen Nutzen alles daran setzen, Ihnen keine unnötigen Wartezeiten zu bereiten, möchten wir Sie dringend bitten, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten.

Sollten sich Änderungen in der Rechtsgrundlage ergeben, werden wir diese Änderungen aktualisieren und Ihnen erneut zur Unterschrift vorlegen.

Haben Sie noch Fragen? Dann sprechen Sie uns an! Wir beraten Sie gerne!

Ihr Praxisteam der allmed4u

Informationen gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Identität des Verantwortlichen:

1. Verantwortlicher ist der behandelnde Arzt/die behandelnde Arztpraxis/MVZ/Klinikum (s. Anmeldung Seite

1)Datenschutzbeauftragter des Verantwortlichen zu 1:

Dr. med. Willi Martmöller & Dr. med. Lasse Schäfers

2. Weitere Verantwortliche sind:

Arco VerrechnungsSysteme GmbH, Hindenburgstraße 23a, 21335 Lüneburg, Tel: 04131 2637 0, Fax: 04131 2637 500; Email: info@arcogmbh.de, Internet: www.arcogmbh.de

Arco Inkasso GmbH, Hindenburgstraße 23a, 21335 Lüneburg, Tel: 04131 2637 190, Fax: 04131 2637 199; Email: info@arcoinkasso.de, Internet: www.arcoinkasso.de

Kontakt Daten Datenschutzbeauftragter der Arco VerrechnungsSysteme GmbH und Arco Inkasso GmbH:

Thomas Brehm, Tel. 040 349999 00, Fax: 040 3499990 10, Email: bbs@bbs-law.de

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage:

Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zweck der Vertragsabwicklung mit der Arztpraxis, nämlich Erstellung der Privatliquidationen, dem Versand und dem Forderungsmanagement sowie der Rechtsverfolgung (außergerichtliche und gerichtlichen Geltendmachung durch die Verantwortlichen zu 2). Rechtsgrundlage sind der Vertrag und die auf der Vorderseite erteilte datenschutzrechtliche Einwilligung und die Einwilligung bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datenkategorien und Datenherkunft:

Die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH verarbeiten nachfolgende Kategorien von Daten: Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare. Diese Datenkategorien werden der Arco VerrechnungsSysteme GmbH und der Arco Inkasso GmbH von unserem Auftraggeber (siehe oben Nr. 1) übermittelt. Des Weiteren können beide Unternehmen zur Sicherung und zum Einzug der Forderung Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien und Adressanfragen beim Einwohnermeldeamt einholen. Ohne diese Auskünfte und Daten sind die Erstellung und der Einzug einer Privatliquidation nicht möglich.

Empfänger:

Im Rahmen der Erstellung der Privatliquidation, dem Einzug und Inkasso werden die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH Ihre Daten an die Arztpraxis übermitteln. Im Rahmen des Inkassoverfahrens werden Ihre Daten an folgende Kategorien von Empfängern übermittelt, sofern dies zum Einzug der Forderung erforderlich ist: Auskunfteien, Einwohnermeldeämter, Gerichte, Gerichtsvollzieher, Arco Inkasso GmbH, Rechtsanwälte.

Dauer der Speicherung:

Nach Zahlung der ausstehenden Forderung und nach Beendigung des Inkassoverfahrens prüfen die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH nach Ablauf von drei Jahren, ob Ihre Daten noch benötigt werden und einer Löschung gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen (z.B. 10- jährige Aufbewahrungspflicht von Patientenunterlagen für Arztpraxen etc.).

Rechte der betroffenen Person:

Ihnen stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte nach Art. 15 bis 22 DS-GVO zu: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und der Datenübertragbarkeit. Außerdem steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung zu, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen nach Maßgabe von Art. 21 DS-GVO vorliegen. Sie können Ihre Einwilligung nach Art. 7 Absatz 3 DS-GVO jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bleibt bis zu Ihrem Widerruf erhalten.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:

Sie haben gemäß Art. 77 DS-GVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde (Die Landesbeauftragte für Datenschutz Niedersachsen) zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Datenschutzbehörde der Arztpraxis: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NordrheinWestfalen, Helga Block, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 02 11/384 24-0, Telefax: 02 11/384 24- 10, Email: poststelle@ldi.nrw.de
Seite 2 v