

**Einverständniserklärung zur Einbindung zur Privatliquidation
durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH**
Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg, Telefon +49-911-929202

##7## ##3##	##4##	##8##
Name	Vorname	Geburtsdatum

##9##	##10## ##11##
Anschrift	

Bei Kindern unter 16 Jahren bzw. nicht einsichtsfähigen Personen der gesetzliche Vertreter:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

Vom Patienten abweichender Rechnungsempfänger:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

Mit dieser freiwilligen Einwilligung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre Daten an die oben genannte Verrechnungsstelle zur Durchführung der Privatliquidation weitergegeben werden. Sollten Sie nicht einwilligen, werden Ihre Daten auch nicht wie nachfolgend beschrieben weitergegeben.

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich freiwillig und ohne Zwang ausdrücklich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten durch die Praxis an die oben genannte Verrechnungsstelle zum Zwecke der Abrechnung übermittelt werden können. Hierzu zählen auch solche Daten, die von konsiliarisch hinzugezogenen dritten Ärzten erhoben und gespeichert wurden. Für den Fall eines vom Patienten abweichenden Rechnungsempfängers erkläre ich, dass ich volljährig und vom Rechnungsempfänger bevollmächtigt bin, seine Stammdaten zur Erstellung der Rechnung an die oben genannte Verrechnungsstelle zu übermitteln. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können. Ich bestätige, dass ich die unten aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.

Konstanz, ##0##

X

Ort, Datum

**Unterschrift Patient
(bei nicht einsichtsfähigen Patienten gesetzlicher Vertreter)
(bei Minderjährigen zusätzlich des oder der Sorgeberechtigten)**

Wichtige Information für den Patienten oder dessen Vertretungsberechtigten

Wir führen die Abrechnung privatärztlicher oder Selbstzahler-Leistungen durch die oben genannte Verrechnungsstelle durch. Dieser Auftrag umfasst neben der Erstellung der Rechnung auch den Auftrag zur Forderungsbeitreibung. Alle zuständigen Mitarbeiter der Verrechnungsstelle sind dabei ebenfalls zur Geheimhaltung verpflichtet worden und darüber informiert, dass Ihre Daten auch nach Beendigung der Behandlung bzw. Ihrem Widerruf weiterhin vertraulich behandelt werden müssen.

Damit die Abrechnung ermöglicht werden kann, ist es erforderlich, folgende Daten zu übersenden:

- Ihre Stammdaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenversicherungsnummer, Versicherungsstatus, Kostenträger,
- Behandlungsinformationen: Akut- und Dauerdiagnose sowie die mit der Behandlung verbundenen Abrechnungsziffern,
- hiervon sind auch ausdrücklich ihre Daten umfasst, die von konsiliarisch hinzugezogenen dritten Ärzten erhoben und gespeichert wurden.

Ihre erteilte Einwilligung erfolgt dabei aufgrund des Art.6 Abs.1 S.1 lit. a der Datenschutzgrundverordnung (nachfolgend "DSGVO" genannt).

Die anlässlich des Behandlungsvertrages von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Ärzte gespeichert und danach gelöscht. Dies umfasst im Regelfall einen Zeitraum von 10 Jahren, kann im Einzelfall aufgrund längerer gesetzlicher Aufbewahrungspflichten, aus Gründen, die im Gesundheitszustand des einzelnen Patienten liegen, oder zur Sicherung eigener Rechte auch bis zu 30 Jahren betragen. Entsprechendes gilt auch für die an unsere Verrechnungsstelle weitergeleiteten Daten.

Sie haben jederzeit das Recht, ihre Einwilligung gegenüber uns zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Dies hat zur Folge, dass wir Ihre Daten für die Zukunft nicht mehr an die oben genannte Verrechnungsstelle weiterleiten dürfen.

Die DSGVO räumt Ihnen überdies weitere Rechte ein:

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).
- Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO),
- unter bestehenden Voraussetzungen die Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) Ihrer uns gespeicherten personenbezogenen Daten,
- Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen (Art. 20 DSGVO).

Zuletzt sind Sie berechtigt, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, falls aus Ihrer Sicht die Verarbeitung ihrer Daten nicht rechtmäßig erfolgte (Art. 77 DSGVO). Ihrer Beschwerde richten Sie in diesem Fall an:

Datenschutzaufsichtsbehörde für den nicht-öffentlichen Bereich
Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27, 91522 Ansbach

Behandlungsvertrag Privatpatienten / Selbstzahler

##7## ##3##

##4##

##8##

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsstatus

Ein Besonderer Versicherungsstatus liegt vor und kann durch Schreiben der privaten Krankenversicherung belegt werden. Als Besonderer Versicherungsstatus gilt der Basistarif bzw. der Standardtarif.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift kommt zwischen Ihnen und der Praxis für Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin Konstanz ein Behandlungsvertrag über radiologische, strahlentherapeutische und nuklearmedizinische Leistungen zustande.

Für diesen Vertrag gelten nachfolgende Bedingungen als vereinbart:

Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ) in der aktuellen Fassung und den Empfehlungen der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3 fachen Satz für ärztliche Leistungen unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5 fachen Satz. Für technische Leistungen in der Regel bis zum 1,8 fachen Satz und unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 2,5 fachen Satz. Nach §4 GOÄ wird bei Leistungserbringung durch Dritte (Labor) von diesen eine gesonderte Rechnung gestellt. Abweichende Beihilfebestimmungen oder Versicherungstarife können leider nicht berücksichtigt werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht im vollen Umfang erfolgt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bereit sind, die Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger den Rechnungsbetrag nicht oder nur teilweise erstatten. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Sie verpflichten sich, unabhängig von der Erstattung der Rechnungsbeträge durch ihre Krankenversicherung und/oder der für Sie zuständigen Beihilfestelle, die aus der Behandlung entstehenden Honoraransprüche selbst und umgehend nach Rechnungsstellung auszugleichen.

Auf Wunsch stellen wir Ihnen vor Abschluss des Behandlungsvertrages einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung zur Verfügung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie vor Abschluss des Behandlungsvertrages Gelegenheit hatten, einen Kostenvoranschlag anzufordern.

Sie bestätigen zugleich, dass Sie ausreichend Zeit hatten, diesen Vertrag zu lesen, Fragen zu stellen und den Inhalt verstanden haben.

Weiterhin erklären Sie verbindlich, eine Privatbehandlung zu wünschen.

Konstanz, ##0##

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in