



Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datenschutzerklärung und allgemeine Geschäftsbedingungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich in eigener Sache ein paar Minuten Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unsere Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir die privatärztlichen Verrechnungsstellen PVS-BW und die PVS Südwest (jeweilige Adresse siehe unten) zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben. Die privatärztlichen Verrechnungsstellen unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Wir möchten Sie bitten, sich die Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt
- sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordern kann
- mein Hausarzt mich an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden auf folgendem Weg: Brief, E-Mail, Telefon oder SMS erinnern kann. Ich Sorge selbst dafür, dass meine aktuellen Daten (Adresse, Telefonnummer) bei Änderung meinem Hausarzt bekannt werden.



1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten; bei Patienten mit gesetzlichem Betreuer, auch die Adresse des Betreuers / des Betreuungsbüros. Bei Patienten, die einen Generalbevollmächtigten haben, auch die Adresse des Generalbevollmächtigten. Bei Jugendlichen/Erwachsenen, die noch über Ihre Eltern versichert sind, die Rechnungsadresse des Hauptversicherten) sowie mit der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG (kurz PVS-BW) Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart, oder die Privatärztliche Verrechnungsstelle PVS Südwest (kurz PVS Südwest), Postfach 10 25 61, 68025 Mannheim einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS-BW oder die PVS-Südwest die Leistungen meines Arztes in eigenem Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden.
3. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS-BW oder die PVS Südwest Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
4. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS-BW oder PVS Südwest schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS-BW oder PVS-Südwest mehr statt.
5. Vereinbarte ärztliche Behandlungstermine für Check Up, Krebsvorsorge, Ultraschall, REHA – Renten- und Kurantrag, Gesprächstermin, Besprechung der Patientenverfügung, Reiseberatung, Kindervorsorge, Jugenduntersuchung, vereinbarte IGEL-Leistungen (Tauch- Boot- Führerschein 4 und Herz-Kreislaufuntersuchungen, usw.), Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz I + II, usw. müssen 48 Stunden vorher abgesagt werden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.
Bei unentschuldigtem Fernbleiben fällt eine Aufwandsentschädigung von 50,00 € an
6. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart
poststelle@lfdi.bwl.de

Unterschrift: _____