Einverständniserklärung / Schweigepflichtsentbindungserklärung zur Privatliquidation durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg, Tel.: 0911929202

Patient/in

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vertreter bzw. abweichender Rechnungsempfänger (falls erforderlich):

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Zusatzerklärung bei minderjährigen Patienten: Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert dieser Elternteil ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen/ abwesenden Sorgeberechtigten erteilt wurde.

Hiermit willige ich ein, dass der unten stehende Leistungserbringer ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung(en) aus der Behandlung erforderlichen Patientendaten, insbesondere aus der Patientenakte (Vorname, Nachname, Titel, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffer, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Kostenträger, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare, etc.), an die **Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH** (im Folgenden „Verrechnungsstelle") übermittelt und dort verarbeitet werden. Hiermit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Verrechnungsstelle ist gesetzlich zur Geheimhaltung, Verpflichtung zur Vertraulichkeit auf das Datengeheimnis und Schweigepflicht verpflichtet.

Mit dieser **freiwilligen** Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung 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. 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. Diese Einwilligung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem Leistungserbringer und der Verrechnungsstelle mehr statt. Ein Widerruf dieser Erklärung kann für die Zukunft gegenüber dem Leistungserbringer oder gegenüber der Verrechnungsstelle erfolgen.

Mir ist bekannt, dass Einwände gegen diese Forderung im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.

Ort, Datum: _____

_____

Unterschrift Patient/in
(bei nicht einsichtsfähigen Patienten: gesetzlicher Vertreter; bei minderjährigen Patienten zusätzlich: des oder der Sorgeberechtigten)

Kinderarztpraxis
Dr. med. Clara Boxler
Bamberger Str. 10
96215 Lichtenfels
Tel: 09571-7586751 / FAX: 09571-7586752
BSNR: 652305500

_____

Stempel Leistungserbringer

Wichtige Information für den Patienten oder dessen Vertretungsberechtigten

Datentransparenz (Art. 13 DSGVO Informationspflichten)

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten (pbDaten) ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck der Leistungserbringer Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Wir führen die Abrechnung privatärztlicher oder Selbstzahler-Leistungen durch die 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 zweckmäßig passwortgeschützt und verschlüsselt nach dem aktuellen Stand der Technik gem. Art. 32 DSGVO zu übersenden: Vorname, Nachname, Anschrift, Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenversichertennummer, Versichertenstatus, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungsinformationen: Akut- und Dauerdiagnosen sowie die mit der Behandlung verbundenen Abrechnungsziffern, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc., hiervon sind auch ausdrücklich Ihre Daten umfasst, die von konsiliarisch hinzugezogenen dritten Ärzten erhoben und gespeichert wurden. Die Rechtmäßigkeit für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO und i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (Verarbeitung von besonders sensiblen Datenkategorien gem. Art. 9 Abs. 1 DSGVO). Die pbDaten werden nach der Speicherbegrenzung gem. Art. 5 Abs. 1 lit. e DSGVO (Löschkonzept) automatisiert gelöscht und aus datenschutzrechtlicher Sicht konform vernichtet. 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.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung beim Leistungserbringer ist:

Stempel Leistungserbringer

Version: 2.1

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Sie haben das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner 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.

Kontaktdaten Datenschutzbeauftragter
(Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH, Dürrenhofstrasse 4, 90402 Nürnberg):

Die Umsetzung und Einhaltung der Datenschutz-Organisation gem. der DSGVO erfolgt durch das interne Datenschutzteam in Zusammenarbeit mit dem externen Datenschutzbeauftragten.
E-Mail: datenschutz@helmsauer-gruppe.de;
Webseite: https://www.helmsauer-gruppe.de/datenschutz/

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA),
Postfach 1349, 91504 Ansbach