

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG-neu)



- 82362 Weilheim, Johann-Baur-Str. 5
- 82467 Garmisch-Partenkirchen, Marienplatz 13
- 82319 Starnberg, Maximilianstr. 6
- 82377 Penzberg, Im Thal 5

Wird vom OFZ-Standort angekreuzt!

Transparenzerklärung für unsere Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer 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 weitergegeben werden. Wir sind „Verantwortlicher“ nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Mit der Abrechnung unserer bei Ihnen erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, ausschließlich zu Abrechnungszwecken die externe Abrechnungsgesellschaft Arzt Kontor, Aher Str. 3, 27442 Gnarrenburg, zu beauftragen. Arzt Kontor unterliegt, wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes und hat sich ebenfalls zur Verschwiegenheit und zur sorgsamem Verwendung Ihrer persönlichen Daten nur zur Abrechnung verpflichtet. Wir haben mit Arzt Kontor einen entsprechenden Vertrag nach der DSGVO abgeschlossen.

Arzt Kontor ist eine im Jahr 2008 gegründete privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, die unser volles Vertrauen besitzt. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit für Ihre optimale Betreuung. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Wir bitten Sie daher, die umseitige „**Datenschutzrechtliche 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. Sie kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber uns oder Arzt Kontor schriftlich widerrufen werden.

Empfänger der Daten ist Arzt Kontor, es unterliegt als Berufsgeheimnisträger so wie wir selbst auch den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Arzt Kontor hilft Ihnen gerne auch hier weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Leistungsabrechnung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie auch bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie Arzt Kontor als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse Aher Str. 3, 27442 Gnarrenburg, unter der für Sie eingerichteten Patienten-Hotline Tel. 04763 9459-11 oder E-Mail info@arzt-kontor.de, Homepage: www.arzt-kontor.de

Die von Arzt Kontor verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Sie können 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.

Bei Fragen zu diesen Rechten können Sie sich auch an den Datenschutzbeauftragten von Arzt Kontor wenden, zu erreichen unter datenschutz@arzt-kontor.de. Für Datenschutzfragen besteht für Sie zudem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde. Weitere Hinweise zum Datenschutz unter: www.arzt-kontor.de

Danke für Ihr Vertrauen und Ihre Aufmerksamkeit! Ihr Praxis-Team

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

1. Meine Personen- und Kontaktdaten (bitte aktuelle Adresse eintragen):

Name der/des Rechnungsempfänger/s - Eltern des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Behandelte Person

Vorname

Geburtsdatum

PLZ Ort

Straße / Hausnummer

Tagsüber telefonisch erreichbar unter

Falls vorhanden: **Fax, E-Mail**

2. Meine Versicherungsdaten:

Ich bin **privat** versichert bei

Bitte Ihre Private Krankenversicherung, ggfs. auch Ihre Zusatzversicherung und/oder Ihre Beihilfestelle eintragen!

- Ich bin **nur Beihilfe**-berechtigt. Ich bin **Post B** versichert. Ich bin **KVB I-III** versichert.
(Ausweis)
- Ich bin **KVB IV** versichert. Ich bin **Basistarif** versichert. Ich bin **Standardtarif** versichert.
(Ausweis) (Versicherte ab 2009, Ausweis) (Alt-Versicherte bis 2008, Ausweis)
- Ich bin Kassenpatient und **wünsche ausdrücklich Privatbehandlung**.

3. Meine Einwilligung

Ich habe die Informationen auf Seite 1 gelesen und verstanden und willige hiermit wie folgt ein:

1. Ich bin mit der Weitergabe der für die Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Kostenträger) an Arzt Kontor sowie des Einzugs der Forderung durch Arzt Kontor einverstanden.
2. 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 an Arzt Kontor einverstanden.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder Arzt Kontor schriftlich widerrufen werden.
4. Die Löschung meiner personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Abrechnungsabwicklung und nach Ablauf von gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
5. Ich habe jederzeit das Recht, bei Arzt Kontor kostenfrei Auskunft über meine gespeicherten Daten, deren Berichtigung oder Löschung sowie eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen.
6. Ich verpflichte mich, das berechnete Honorar unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung oder meiner Beihilfestelle zu zahlen.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift des Patienten / Zahlungspflichtigen