

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir rechnen sämtliche Leistungen gem. der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Bei der Abrechnung findet der sog. „Schwellenwert“ Anwendung. Dieser liegt für rein ärztliche Leistungen, für technische Leistungen und für Laborleistungen beim zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung vereinbarten Versicherungstarif des jeweiligen Einzelsatzes. Für besonders schwierige oder zeitaufwendige Leistungen (bzw. Zusatzuntersuchungen) kann sich der Faktor –mit entsprechender Begründung– für ärztliche / technische Leistungen auf das 3,5- / 2,5-fache erhöhen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle erbrachten ärztlichen Leistungen auf Grundlage der GOÄ in Rechnung gestellt werden und –soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist– der Rechnungsbetrag von Ihnen selbst zu begleichen ist (§ 611 BGB). Gleichzeitig bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie Gelegenheit hatten, am Empfang die GOÄ einzusehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren. Alternativ ist die GOÄ im Internet unter <http://www.e-bis.de/> oder als App iGOÄ für iPhone oder Android ([www.igoae.de](http://www.igoae.de)) abrufbar.

Die gesetzlichen Regelungen sehen einen umfassenden Schutz Ihrer personenbezogenen Daten vor, dem wir vollumfänglich gerecht werden wollen. Für Ihre Behandlung und deren Abrechnung ist Kommunikation mit Ihrer Krankenkasse, weiteren beteiligten Ärzten und unserer Abrechnungsstelle erforderlich, von welcher Sie die Liquidation unserer privatärztlich erbrachten Leistungen erhalten. Daher erfolgen hiermit

## Aufklärung zum Datenschutz und Einverständnis zur Datenweitergabe

---

Name und Anschrift des Patienten

---

Soweit abweichend: Zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger und dessen Anschrift

Geburtsdatum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Krankenversicherung/Kostenträger: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Versicherungstarif: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **A. Aufklärung des Arztes zur Datenverarbeitung**

1. Der Arzt ist befugt, ihm anvertraute personenbezogene Daten zu erfassen, zu speichern und zu verarbeiten oder durch Dritte verarbeiten zu lassen. Es werden im Rahmen des Behandlungsauftrages die vollständigen Personalien, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, sowie Behandlungsdaten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus der Behandlung erhoben. Zweck dieser Datenerhebung liegt in der Identifikation des Patienten und um eine angemessene Behandlungsabwicklung gewährleisten zu können. Ferner dient sie dem Zweck der Korrespondenz, der Rechnungsstellung sowie zur Abwicklung von eventuellen Haftungsansprüchen bzw. der Geltendmachung etwaiger sonstiger Ansprüche. Die Speicherung und Verarbeitung erfolgt somit ausschließlich zum Zweck der Behandlungsabwicklung. Die Weitergabe derartiger Daten für Werbezwecke ist ausgeschlossen.

2. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Anfrage des Patienten hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 b, 9 Abs. 2 h DSGVO zu den genannten Zwecken erforderlich. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (u.a. aus HGB, StGB oder AO) gespeichert und danach gelöscht, es sei denn seitens des Patienten wurde in eine darüberhinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 a, 9 Abs. 2 h DSGVO eingewilligt.

3. Eine Übermittlung der persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den aufgeführten Zwecken findet nicht statt. Nur soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 b, 9 Abs. 2 h DSGVO für die Abwicklung erforderlich ist, werden personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Diese dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden. Im Übrigen erfolgt die Weitergabe und die Verarbeitung der Daten durch Dritte, etwa in Folge einer Abtretung und/oder zum Zwecke der Abrechnung und Beitreibung der Honorarforderung nur, soweit eine Einwilligung des Patienten vorliegt.

4. Der Arzt trifft alle verhältnismäßigen und zumutbaren Vorkehrungen gegen Verlust und Zugriffe unbefugter Dritter auf diese Daten und passt die Vorkehrungen laufend dem jeweils bewährten Stand der Technik an.

5. Der Patient hat folgende Rechte:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber dem Arzt zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortgeführt werden kann;
- gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über die von dem Arzt verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere kann Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft der Daten, sofern diese nicht von dem Arzt erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung der bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;

- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung der beim Arzt gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
  - gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, der Patient aber deren Löschung ablehnt und die Daten nicht mehr benötigt werden, der Patient jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigt oder der Patient gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat;
  - gemäß Art. 20 DSGVO die personenbezogenen Daten, die dem Arzt vom Patienten bereitgestellt wurden, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und
  - gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel kann der Patient sich hierfür an die Aufsichtsbehörde seines üblichen Aufenthaltsortes oder des Sitzes des Arztes wenden.
6. Widerspruchsrecht: Sofern die personenbezogenen Daten des Patienten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S 1 f DSGVO verarbeitet werden, hat der Patient das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus einer besonderen Situation des Patienten ergeben. Zur Geltendmachung des Widerspruchsrechts genügt eine schriftliche Mitteilung an den Arzt unter Verwendung der oben angegebenen Kontaktdaten.

## **B. Einverständniserklärung des Patienten**

1. Ich bin darauf hingewiesen worden und damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, insbesondere mein Name, meine Anschrift, mein Geburtsdatum, sowie Behandlungsdaten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus meiner Behandlung unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) und § 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch (SGB) V zum Zweck der

- Pflege meiner Patientenakte
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontaktaufnahme mit mir z.B. für Terminvereinbarungen
- Erstellen von Behandlungsberichten
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder mit mir selbst
- Mahnung und gerichtliche Durchsetzung überfälliger Honorarforderungen

durch meinen Arzt erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an

- meine Krankenkasse, bei der ich versichert bin,
- ebenfalls behandelnde Ärzte, an welche mich mein Arzt überweist oder welche in meine Behandlung nach meinem Willen einbezogen werden,
- die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung -dgpap GmbH (DGPAP), Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, sowie deren Auftragsverarbeiter

weitergegeben oder übermittelt und von diesen zum Zwecke der Abrechnung verarbeitet und genutzt werden.

2. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht zustande kommt oder erfüllt werden kann oder die Behandlung nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner Daten zu verlangen.

3. Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an meinen Arzt unter Verwendung der oben angegebenen Kontaktdaten. Meine Daten werden dann nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung bei meinem Arzt gelöscht. Der Arzt wird meinen Widerruf an alle oben genannten Stellen weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

4. Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung meiner Behandlung durch die DGPAP erfolgt.

5. DGPAP darf meine Daten erhalten, verarbeiten und nutzen und an Dritte weitergeben, soweit dies für die Abrechnung, Geltendmachung und Refinanzierung der Forderungen hieraus notwendig ist. DGPAP darf die Forderung im eigenen Namen geltend machen und einziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen beauftragen sowie Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien einholen. Einwände gegen die Forderung sind im Streitfall gegenüber DGPAP zu erheben.

6. Ich entbinde meinen Arzt insoweit von seiner gesetzlichen Schweigepflicht. Die DGPAP und alle von ihr eingesetzten Personen und Dritten unterliegen den Regeln des Datenschutzrechts und sind unter Strafandrohung gemäß § 203 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet.

7. Mein Einverständnis gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen, und solange dieses nicht widerrufen wird.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten