

Behandlungsvertrag

zwischen

**Berufsausübungsgemeinschaft
Marko Schreiner / Florian Kuntze**



und

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon*	
E-Mail*	
Beruf*	
Krankenkasse*	

** freiwillige Angaben*

- im folgenden Patient genannt.

Der Patient/die Patientin wünscht die Beratung, Untersuchung und Behandlung sowie die Berechnung der erbrachten Leistungen nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), in der jeweils gültigen Fassung, durch die oben genannte Praxis.

Der Patient/die Patientin verpflichtet sich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze nach §12 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, auch wenn Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht im vollen Umfang übernehmen.

Leistungen, die durch Dritte erbracht werden (z. Bsp. Labor, Pathologie, etc.) werden durch diese unmittelbar berechnet. Der Patient/die Patientin wird auch diese Rechnungen nach Erhalt begleichen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in/
gesetzl. Vertreter

Unterschrift Arzt

bitte wenden →

Datenschutz

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen sowie zur Kontrolle und Erlangung des Forderungsausgleiches. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an andere Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Labore, Krankenkassen, den Abrechnungsstellen der Praxis Marko Schreiner und Inkassounternehmen weitergegeben oder übermittelt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- ✓ die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- ✓ die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ✓ Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ✓ Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ✓ Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Berufsausübungsgemeinschaft
Marko Schreiner / Florian Kuntze
Rochlitzer Str. 65
04651 Bad Lausick

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Die „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich gemäß obigem Text über die Behandlung und den Datenschutz aufgeklärt worden zu sein.

Unterschrift Patient/-in/gesetzl. Vertreter

Patient

ggf. gesetzliche/-r Vertreter/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

Vater

Mutter

Betreuer

oder _____

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

meine Rechnungen bearbeitet die PVS Sachsen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben



bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Sachsen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderung trete ich an die PVS Sachsen ab (§ 398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbrin-

ger – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist Ihr kompetenter Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistungen. Sie unterliegt meinen internen Weisungen.

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen* oder Geschäftsunfähigen)

***Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patienten:**

Der allein unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.