

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrter Patient (m/w/d),

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

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 (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 PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) zu beauftragen. Die PVS NDS ist eine im Jahr 1948 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. 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.

Empfänger der Daten ist die PVS NDS. Die PVS NDS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS NDS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter der Telefonnummer 0541 335 3697 bzw. Mail: info@pvs-niedersachsen.de. Mit der Beitreibung von Honorarforderungen, zu denen ein Zahlungsverzug eintritt, soll die Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST), beauftragt werden. Auch bei dieser handelt es sich um eine berufsständische Vereinigung, deren Mitarbeiter der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber Ihrem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von der PVS NDS verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Die von der RST verarbeiteten Rechnungsdaten werden nach Beitreibung der Honorarforderung gelöscht. 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. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS NDS (datenschutz@pvs-niedersachsen.de) oder die RST (zentrale@rst-hannover.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS NDS sowie die PVS-Transparenzerklärung finden Sie auf www.pvs-niedersachsen.de/transparenz. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der RST finden sie auf www.rst-hannover.de/datenschutz.

Diese Einwilligungserklärung ist für Ihren behandelnden Arzt!

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. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde **ausschließlich für den Beschwerdefall** lauten:

Landesbeauftragter für den Datenschutz
Prinzenstr. 5
30159 Hannover
Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dr. med. Susanne Ahlbrecht
Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Lange Straße 12
31515 Wunstorf
Tel.: 05031 / 969899-0
Fax.: 05031 / 969899-29
BSNR 09-4057300

Praxisstempel

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Telefonnummer zum Zweck der Adressermittlung) sowie der Weitergabe der Honorarforderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Honorarforderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.
3. Ich bin auch mit der Weitergabe der erforderlichen persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsdaten, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen) zum Zweck der Beitreibung sowie Abtretung der Honorarforderungen an die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST) einverstanden.
4. Diese Erklärung gilt auch für Honorarforderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS / RST 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 meinem Arzt und der PVS NDS / RST mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Patient - Nachname / Vorname (m/w/d)

Geburtsdatum (Patient m/w/d)

ggf. Nachname / Vorname - gesetzlicher Vertreter (m/w/d)

Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

identisch mit Patientendaten

Rechnungsempfänger - Nachname / Vorname (m/w/d)

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Ort **X Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter** (m/w/d)

E-Mail

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Kassenpatient u. wünsche Privatbehandlung Normale private Krankenversicherung Beihilfeberechtigt

Besondere Versicherungen:

Post B

KVB (1-3)

KVB 4

Besondere Tarife:

Basistarif*

Standardtarif*

Studententarif*

*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)

Kostenträger / Versicherung: _____



Dr. med. Susanne Ahlbrecht

Fachärztin für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Dr.med.Susanne Ahlbrecht
Lange Str.12 | 31515 Wunstorf | Telefon: 05031 969899-0 Fax: 05031 969899-29

Praxisprechzeiten: Mo-Do: 08.00-18.00 Uhr
Fr: 08.00-12.00 Uhr
E-Mail: praxis@dr-ahlbrecht.de
Web: www.dr-ahlbrecht.de

Privatpatientenformular Datenerfassung/Einverständnis

Liebe Patienten,

Aufgrund eines erhöhten zeitlichem und personellem Aufwand wird der 2,3 fache bis 3,5 fache Satz der GÖÄ berechnet. Generell wird bei 1,5 bis 2 stündigen Testverfahren der 3,5 fache Satz der GOÄ berechnet. Wir verpflichten uns, die Kosten privat zu tragen, die nicht von der Krankenversicherung übernommen werden.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift (Name/ Vorname): _____

Patientendaten:

Name des Kindes (Name/Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (mobil): _____

Krankenversicherung: _____

Beihilfe JA Nein

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Abweichender Rechnungsempfänger (Hauptversicherter)

Name/ Vorname: _____

Adresse: _____

Ggf. Tel. oder siehe oben: _____ siehe oben

Hiermit beauftrage ich die Praxis Dr.med. Susanne Ahlbrecht mit der Behandlung meines o.g. Kindes. Die Diagnostik und Therapie kann von der Praxisinhaberin an die Mitarbeiter delegiert werden.

Unterschrift: _____

