



Sorgeberechtigter, gesetzlicher Vertreter _____ Mutter O Vater O
Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in o.g. Praxis die Patientendaten meines Kindes:

_____ geboren am _____
_____ geboren am _____
_____ geboren am _____
_____ geboren am _____

erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum **Datenschutz** in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und die Art der Daten;
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung;
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- uns betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können;
- uns betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind;
- meine Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, genutzt werden. Insbesondere bin ich mit Informationen und Terminerinnerungen (falls notwendig) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden;
- die Praxis mich zu oben genannten Zwecken unter folgender Email-Adresse kontaktieren darf;

(Email-Adresse)

- Ich erlaube Versand per Email von: Termindetails
 Rechnungen
 Rundschreiben
 Recall (Erinnerungen)
 med.Dokumentation

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

- unbegründete **Terminausfälle** bzw. fehlende Terminabsagen bis spätestens 24 Stunden vor Termin mit je 25 Euro in Rechnung gestellt werden.

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 Schweigepflichtentbindung 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 und 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.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters