

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können. Wir bitten Sie daher, die nachstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten PAS verarbeitet, steht Ihnen jederzeit der Datenschutzbeauftragte zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG

Datenschutzbeauftragter

Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen

Telefon: 09081 2926-0 oder E-Mail: datenschutz@pas-hammerl.de

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Name, Vorname des Patienten: _____

Geb. Datum des Patienten: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Handynummer: _____

Festnetznummer: _____

Name, Vorname des Hauptversicherten _____

Geb. Datum des Hauptversicherten _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Name der Privatversicherung _____

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung und den Einzug der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

Ort / Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter
gesetzlicher Vertreter/in