

Vereinbarung und Einverständniserklärung Privatpatient*in / Selbstzahler*in

Hiermit erkläre ich _____, dass es mein Wunsch ist,
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

als Privatpatient*in oder Selbstzahler*in behandelt zu werden. Es werden von der Praxis ärztliche Leistungen (z. B. Beratung, Untersuchung) in Rechnung gestellt. Die Liquidation erfolgt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung. Die Information für privatversicherte und selbstzahlende Patientinnen und Patienten der Bundesärztekammer „Zeitgemäße Behandlung – überalterte Gebührenordnung“ vom 06.03.2023 habe ich erhalten. Die Honorarforderung wird unabhängig von der Höhe der Wiedererstattung durch die Krankenversicherung oder andere Beihilfen von mir selbst beglichen.

Datum

Unterschrift

Im Falle einer gesetzlichen Vertretung:

Name, Vorname, Geburtsdatum

► Angaben zum Kostenträger

(Bitte kreuzen Sie entsprechend an)

- PKV Vollversicherungstarif / Normaltarif
 Selbstzahler*in

Nachweis grundsätzlich erforderlich:

- PKV-Studierendentarif
 KVB I-III
 PKV-Standardtarif (§ 257 SGB V)
 Postbeamten B
 Ges. PKV-Basistarif (§ 75 SGB-V)

Kostenträger bzw. Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

...Fortsetzung Seite 2

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

► **Einwilligungserklärung Privatabrechnung**

**Einverständniserklärung nach Datenschutz-Grundverordnung
Weitergabe von Daten an externe Auftragnehmer**

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis erheben, speichern, verarbeiten und nutzen wir Ihre Daten. Auch ist eine Weitergabe Ihrer Daten an externe Dienstleister erforderlich. Mit diesem Formular informieren wir Sie darüber, in welcher Form die Weitergabe Ihrer Daten erfolgt:

Privatabrechnung

Die Bearbeitung der Privatabrechnung haben wir an eine externe Fachkraft unseres Vertrauens übergeben. Dies ermöglicht es uns, Rechnungen zügig und korrekt zu bearbeiten. Damit Ihre Abrechnung in Zusammenarbeit mit dieser Fachkraft erstellt werden kann, ist Ihr schriftliches Einverständnis notwendig.

Einwilligungserklärung

Ich bin einverstanden mit

- der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus den Patientenunterlagen (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten usw.) an Frau Anke Rehder – Privatabrechnung / Büroservice für Ärzte,
- der Rechnungsstellung durch Frau Anke Rehder im Namen und auf Rechnung der Onkologie Lerchenfeld und zu diesem Zwecke der Einsichtnahme durch Frau Anke Rehder für den konkreten Behandlungsfall.

Hierfür entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin / Arzt bzw. die Onkologie Lerchenfeld von der Schweigepflicht gegenüber Frau Anke Rehder – Privatabrechnung / Büroservice für Ärzte.

Die Liquidation erfolgt gemäß den aktuellen Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Honorarforderung wird unabhängig von der Höhe der Erstattungsbeträge durch andere Kassen oder Versicherungen von mir selbst ausgeglichen.

Die Einwilligung gilt für die Zeit meiner Behandlung in der Onkologie Lerchenfeld. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Im Falle einer gesetzlichen Vertretung:

_____ Name, Vorname, Geburtsdatum

...Fortsetzung Seite 3

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

► **Externe Dienstleister und Mitbehandler**

Zum Zweck Ihrer Versorgung und Behandlung, Vorsorge und medizinischen Diagnostik beauftragen wir auch externe Dienstleister (Labore, Institute, Apotheken) und verweisen auch an andere Ärzte, Therapeuten und Krankenhäuser. Die Weitergabe der Daten ist notwendig, da wir zur Erfüllung unseres Behandlungsauftrages auf die Dienstleistungen und Mitbehandlung durch unterschiedlichste Stellen angewiesen sind. Wir geben Ihre Daten ausschließlich zum Zweck Ihrer Behandlung weiter.

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der Onkologie Lerchenfeld meine Daten im Rahmen von Aufträgen an externe Dienstleister (Labore, externe Konsiliarlabore) und Mitbehandler (Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser usw.) weitergeben.

Die Einwilligung gilt für die Zeit meiner Behandlung in der Onkologie Lerchenfeld. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift

Im Falle einer gesetzlichen Vertretung:

Name, Vorname, Geburtsdatum