

Einverständniserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Der/Die Patient/in

Nachname/ Vorname

Geburtsdatum

Straße/ Hausnummer/ PLZ/ Wohnort

erklärt Folgendes: ist minderjährig und für ihn/sie erklärt der/die gesetzliche Vertreter/in

Nachname/ Vorname

Geburtsdatum

Vater Mutter Sonstiges, und zwar:

Stellung zum/r Patienten/in

der/die hiermit zugleich ausdrücklich versichert, alleinvertretungsberechtigt bzw. von dem/der Mitvertretungsberechtigten hierzu ermächtigt zu sein, Folgendes:

Ich bin einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befund, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge) an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern
- möglichen Einholung einer Information durch die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern bei einer Auskunft oder Kreditschutzorganisation zur Prüfung meiner Zahlungsfähigkeit. Dies geschieht nur in Fällen einer erfolglosen letzten Mahnung durch die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern.

Mir ist bewusst

- dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. Die PVN ist Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

und entbinde meine/n Behandler/in bzw. die Praxis

Praxis-/Klinik-Stempel

sowie die Privatärztliche Verrechnungsstelle von ihrer/ seiner Schweigepflicht, soweit dies für die in den Stichpunkten genannten Zwecke erforderlich ist. Mir ist bewusst, dass mein/e Behandler/in im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung als Zeuge/in gehört werden kann. Ebenso ist mir bewusst, dass meine Zustimmung zu dieser Einverständniserklärung vollkommen freiwillig ist und mir im Falle einer Verweigerung keinerlei Nachteile drohen.

Diese Zustimmung gilt auch für weitere Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hierzu können Sie sich an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern wenden.

Sie haben jederzeit das Recht, bei uns über die obigen Kontaktdaten kostenfrei Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, deren Berichtigung oder Löschung sowie eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Auch stellen wir Ihnen Ihre Daten gerne in einem maschinenlesbaren Format zur Verfügung.

Bei Fragen zu diesen Rechten können Sie sich gerne auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden:

DatenSchutzKontor, Daniela Wilfert, Datenschutzbeauftragte DSB-TÜV, Brawaweg 5, 85465 Langenpreising,

Tel: +49 (0) 8762 73 78 653, Fax: +49 (0) 8762 72 59 87, Mobil: +49 (0) 171 122 537 5,

Web: www.DaScKo.de, E-Mail: info@DaScKo.de

Privatärztliche Verrechnungsstelle Niederbayern - Neuburger Str. 101 - 94036 Passau
Tel: 0851-57505-Fax: 0851-57587-Mail: kontakt@pvn-schmidbauer.de