

Anmeldebogen für GKV-Patienten

Mail: dr.ernst-ploerer@web.de
www.hautaerztin-eckernfoerde.de

Patienten- und Kontaktdaten

Name, Vorname (behandelte Person)		Geburtsdatum (behandelte Person)
Name, Vorname (Rechnungsempfänger)		Geburtsdatum (Rechnungsempfänger)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Privat)	Telefon (dienstlich)	Telefon (mobil)
Email (privat)	Email (dienstlich)	Fax (privat)
Arbeitgeber	Beruf	Hausarzt / überweisender Arzt
Kostenträger / Versicherung		

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

1. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Werktag (bei OP, Allergietest, Kosmetik 2 Werktage) im Voraus abzusagen, andernfalls werden daraus entstehende Kosten (Vorhaltung von Raum- und Personalkosten) in Rechnung gestellt (25,- € je geplante 5Minuten).
2. Ich bin im Falle eines Ausfallshonorars mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung erbrachten ärztlichen Leistungen bzw. meiner Personaldaten jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an die PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg, Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg, einverstanden.
3. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg einverstanden.
4. Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach den Regeln und den Grundsätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in der jeweils gültigen Fassung.
5. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Diese Einwilligung kann in allen Teilen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg 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 zwischen Arzt/Praxis und der PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg keine weitere Datenübermittlung mehr statt.
6. Honorarforderungen aus sogenannten IGeL (Individuelle Gesundheitseigenleistung) werden unmittelbar bar liquidiert.

Terminreminder an Vorsorge-Untersuchungen per Email: ja
 nein

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Name, Vorname (Patient)		Geburtsdatum (Patient)
Ggf. Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)	Ort, Datum	Unterschrift (Patient/in bzw. ges. Vertreter*)

Wichtige Informationen zum Datenschutz

(Art. 12 ff DSGVO i.V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Frau Dr. Angelika Ernst-Plörer
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Bahnhofstr. 12; 24340 Eckernförde
Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail): 04351-5252; dr.ernst-ploerer@web.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Wir möchten Sie daher 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, Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Empfänger der Daten für ein Ausfallhonorar ist die PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg, sie 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/ Schleswig-Holstein – Hamburg als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg oder unter Tel.: 04551-809-0 bzw. Email: info@pvs-se.de und www.pvs-se.de

Die von der PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen 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/ Schleswig-Holstein Hamburg (Email: datenschutz@pvs-se.de).

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“ die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-se.de/transparenz

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

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.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

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 Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz
Anschrift: Holstenstraße 98; 24103 Kiel, Tel. 0431-988 1200

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**Dr. Angelika Ernst-Plörer
& Team**