

## Anmeldebogen für Privatpatienten

Mail: [dr.ernst-ploerer@web.de](mailto:dr.ernst-ploerer@web.de)  
[www.hautaerztin-eckernfoerde.de](http://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
Versicherung	<input type="checkbox"/> PKV Vollversicherungstarif / Normaltarif (Selbstzahler) <input type="checkbox"/> Post B <input type="checkbox"/> gesetzlicher PKV-Basistarif (§75 SGB-V)* <input type="checkbox"/> KBV I-III <input type="checkbox"/> PKV Notlagentarif zu Standardtarifsätzen (§75 SGB-V)* <input type="checkbox"/> KBV IV <input type="checkbox"/> PKV-Standardtarif (§257 SGB-V)* <input type="checkbox"/> PKV- Studententarif <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Kostenträger / Versicherung	* Nachweis erforderlich	

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

#### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten / Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

- Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen 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.
- 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. Die behandelnde Ärztin kann keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.
- Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach den Regeln und den Grundsätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in der jeweils gültigen Fassung. Ich weise darauf hin, dass die Faktoren für die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung durchaus über dem Regelsatz (2,3-fach) bis zum 3,5 fachen Satz in Ansatz gebracht werden können. Für Sie kann das bedeuten, dass Ihnen – abhängig vom jeweiligen Versicherungsvertrag – ein Selbstbehalt entstehen kann.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Werktag (bei OP, Allergietest, Kosmetik 2 Werktagen) im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten (Vorhaltung von Raum- und Personalkosten) in Rechnung gestellt werden.
- 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.

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 zu Ihrer Privatabrechnung**

(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  
Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail): 04351-5252; [dr.ernst-ploerer@web.de](mailto: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.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg, einer im Jahr 1926 gegründeten berufsständischen Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

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 ist die PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg, sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu Ihrer Rechnung. Die PVS/ Schleswig-Holstein – Hamburg hilft Ihnen auch hier gerne weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Ziffernzusammenstellung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie auch bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt. 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](mailto:info@pvs-se.de) und [www.pvs-se.de](http://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: [datschutz@pvs-se.de](mailto:datschutz@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](http://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**