Arztvertrag (Dienstvertrag)

Behandlungsvertrag mit Privatpatienten

Zwischen _____ geb. am _____,
(Name des Patienten)

– im folgenden Patient –, und der Praxis Dr. Georg Handwerker, Passau – im folgenden Arzt – wird hiermit ein **Behandlungsvertrag** geschlossen. Für das Honorar gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung.

Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung / der Beihilfe haftet der Patient / Sorgeberechtigte persönlich für die Kosten der von ihm gewünschten medizinischen Behandlung.

Der Patient wird hier vertreten durch :

_____ geb. am _____
(Name eines Elternteils / Rechnungsempfänger)

Straße: _____ PLZ/Ort:_____

Telefon*: _____Handy*:_____

E-Mail*: _____ (* = freiwillige Angabe)

Wie sind Sie versichert?

☐ Private Krankenvers.: _____ ☐ Gesetzliche Krankenvers.: _____
Beihilfe: ☐ Ja, Bund ☐ Ja, Land _____ ☐ Nein

Kontaktaufnahme durch die Praxis: Wenn Sie uns Ihre Telefonnummer, Handynummer, und E-Mail-Adresse hier angeben, gehen wir davon aus, dass Sie einverstanden sind, wenn wir Sie per Brief, Telefon, SMS oder E-Mail kontaktieren, beispielsweise wegen Terminbestätigungen, Terminverschiebungen oder um Sie an fällige Impfungen oder Vorsorgen zu erinnern oder um Termine zu vereinbaren. **Sie können diese Einverständnis jederzeit widerrufen.** Beachten Sie dass dann eine telefonische Beratung u.U. nicht mehr möglich ist. Wir werden außer Terminen und Erinnerungen keine vertraulichen Daten wie Befunde ohne Ihr ausdrückliches schriftliches Verlangen per SMS oder E-Mail mit Ihnen oder Anderen kommunizieren.

Bitte beachten Sie auch unsere in der Praxis ausliegende Datenschutzerklärung. Ihre Rechte gem. DSGVO bleiben unberührt.

Unsere Praxis ist keine Vertragsarztpraxis. Die Kosten werden von der GKV nicht übernommen.

Passau, den _____

_____ _____
(Patient / Sorgeberechtigter) (Unterschrift des Arztes)

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

Beim Versand der Rechnung sowie eventueller Folgekorrespondenz bedienen wir uns eines Druckdienstleisters als Auftragsverarbeiter. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter datenschutz.pas.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 _____

Adresse:_____

Name, Vorname des Vertreters * _____

Geb. Datum des Vertreters * _____
*nur bei abweichenden Rechnungsempfängern (z. B. bei Personen unter 18 Jahren, Geschäftsunfähigen)

Adresse d. Vertreters_____

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 kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widderruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt unberührt.

Mir ist 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, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Weiterhin bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

_____ _____

Ort / Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter
gesetzlicher Vertreter/in