

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung verarbeitet unsere Praxis eine Fülle von Daten zu Ihrer Person. Wir möchten Sie auf diesem Wege darauf hinweisen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln werden, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Entlastung unserer Verwaltung beabsichtigen wir, die Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch die **Kölner Abrechnungsdienst Heiartz & Vogel oHG (nachfolgend „KAD“), Flachsweg 2, 50933 Köln (kurz: „KAD“)** durchführen zu lassen. Der KAD verfügt über 30 Jahre Erfahrung und Know-how in der Privatabrechnung. Durch die Einbindung von KAD kann unsere Praxis sich auf ihre Kernkompetenz, die bestmögliche Betreuung und Versorgung der Patienten, konzentrieren.

Der KAD unterliegt - wie auch wir - als Berufsgeheimnisträger den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Bitte lesen Sie sich die nachfolgende Einwilligungserklärung in Ruhe durch und stimmen dem dort aufgezeigten Ablauf der Abrechnung der ärztlichen Leistungen, insbesondere unsere Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an den KAD, zu. Die Einwilligung ist freiwillig und von Ihrer Behandlung unabhängig.

Die von KAD verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und mit Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden Daten Auskunft zu ersuchen. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung der Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Kontaktieren Sie hierzu bitte den Datenschutzbeauftragten des KAD unter der oben genannten Adresse oder per E-Mail unter datenschutz@kad-koeln.de.

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 Aufsichtsbehörde kann unter folgender Adresse kontaktiert werden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

Einwilligung zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen

Hiermit erkläre ich,

Patient* Name, Vorname	geboren am
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	Tarif
Rechnungsempfänger* Name, Vorname	geboren am
Straße	
Postleitzahl, Wohnort	E-Mail (freiwillige Angabe)
Krankenversicherung / Kostenträger (freiwillige Angabe)	Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungen erhobenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungs- und Untersuchungsdaten bzw. -verläufe sowie - soweit von mir angegeben - freiwilligen Angaben) **zum Zweck der Abrechnung sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs** an die Kölner Abrechnungsdienst Heiartz & Vogel oHG (kurz „KAD“), Flachsweg 2, 50933 Köln weitergegeben werden (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Mir ist bekannt, dass meine Daten (unter Angabe von Namen, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen) - **sofern bei Zahlungsausfall erforderlich** - **zum Zweck der Einholung von Bonitätsinformationen** an eine Auskunftlei und zum Zweck der außergerichtlichen und/oder gerichtlichen Geltendmachung der Forderung an ein Inkassounternehmen und/oder einen Rechtsbeistand weitergeleitet werden dürfen (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. f DSGVO). Den behandelnden Arzt und KAD entbinde ich in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus künftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich (**z.B. Brief oder Email**) gegenüber dem behandelnden Arzt oder dem KAD widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Mit Widerruf der Einwilligung findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem behandelnden Arzt und dem KAD mehr statt.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten bzw. des Rechnungsempfängers (gesetzlicher Vertreter)**
------------	--

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen (Patient, Arzt) gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

** Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern nur ein Elternteil, so sichert dieser ausdrücklich zu, dass auch die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten vorliegt.