

Einverständniserklärung



Name des Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben,
arbeite ich mit der PRIVATÄRZTLICHE ABRECHNUNGSSTELLE KUBOWITSCH GmbH zusammen.
Diese Privatärztliche Dienstleistungseinrichtung wurde für Ärzte gegründet und wird von Ärzten beraten. Ihre
Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht. Zusätzlich überwacht ein
Datenschutzbeauftragter die ordnungsgemäße Anwendung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG – neu)
und die EU Datenschutz – Grundverordnung (DS-GVO).

Ich bitte Sie – mir und allen mitbehandelnden Ärzten – durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die
zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen Behandlungsdaten, wie
Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und
dazugehörige Diagnosen an die PRIVA zu übermitteln. Meine Honorarforderung trete ich an die PRIVA ab, das
bedeutet, dass die Abrechnungsstelle die Rechnung erstellt und die Honorarforderung einzieht.
Sie können jederzeit die erteilte Einwilligungserklärung widerrufen. PRIVA verarbeitet Ihre Daten auf Grundlage
Ihrer Einwilligung nach der DS-GVO und speichert diese bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
Sie können von der PRIVA Auskunft über Ihre verarbeiteten Daten verlangen: Berichtigung, Datenübertragbarkeit,
Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung; Beschwerderecht bei Aufsichtsbehörde.

Der Ausgleich des Honorarbetrages ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre
Krankenversicherung.

Praxisstempel

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter