

# Aufnahmeformular / Privatbehandlungsvertrag

## PATIENT:

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum \_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ u. Wohnort \_\_\_\_\_  
Versicherung \_\_\_\_\_  
Vers.Nr./Tarif \_\_\_\_\_

- private Vollversicherung  
 Beihilfeanteil .....%  
 KVB I-III (Nachweis erforderl.)  
 KVB IV (Nachweis erforderl.)

## ggf. abweichender Rechnungsempfänger

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum \_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ u. Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

- PKV-Basistarif (Nachweis erforderl.)  
 PKV-Standardtarif (Nachweis erforderl.)  
 Post-B (Nachweis erforderl.)  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die Erbringung von privatärztlichen Leistungen wünsche und die Kosten hierfür auf Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Form einer Privatrechnung abgerechnet werden. Mir ist bekannt, dass der Rechnungsbetrag von mir geschuldet wird, unbeachtlich einer etwaigen Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z. B. Krankenversicherung, Beihilfestelle).

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Rechnungsempfänger

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxis

## Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

### Zusatzklärung bei minderjährigen Patienten:

Hiermit versichere ich ausdrücklich, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt hat.

### Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass der oben stehende Leistungserbringer

- zum Zwecke der Erstellung der Rechnungen sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die **Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg** (im Folgenden „Verrechnungsstelle“)  
Insoweit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt; zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiterabtreten.
- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolgen.
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die **umseitig stehenden Informationen zum Datenschutz** gelesen zu haben und mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Rechnungsempfänger

## **Informationen zum Datenschutz der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die umseitig abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Anderenfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen, einziehen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU Datenschutzgrundverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

**Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg**  
**Tel.: 0911 98478 301 - eMail: [datenschutz@verrechnungsstelle.de](mailto:datenschutz@verrechnungsstelle.de)**

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle