

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Tel.: Ihr Hausarzt:

Vorname: Mobil: Krankenkasse:

geb. am: E-Mail:

Straße:

PLZ: Ort:

Ihr Tarif: PostB KVB (I-III) KVB (IV)
 Basis Student Beihilfe

(zutreffendes bitte ankreuzen)

VEREINBARUNG ZUR PRIVATÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und der CENTRUM VITAE® – MVZ DR. GHIASSI & KOLLEGEN GMBH wird mit Ihrer Unterschrift ein Behandlungsvertrag geschlossen. Ihr behandelnder Arzt kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des/der Patientin/Patienten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen lassen.

Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung stets erklärend aufgeführt.

Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Dabei kann leider gelegentlich der Eindruck entstehen, dass Abrechnungsinhalte nicht korrekt oder unberechtigt seien. Bei Fragen zu ihrer Rechnung bitten wir die Patienten daher, sich direkt mit dem Privatärztlichen Abrechnungsinstitut bzw. mit uns in Verbindung zu setzen. Es ist für uns selbstverständlich, bei der Klärung von Unstimmigkeiten oder Unklarheiten behilflich zu sein.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne ausdrückliche Erlaubnis des Patienten weitergegeben.

Bitte beachten Sie:

Wenn sich Ihre angegebenen Daten ändern (Telefon, Anschrift oder Versicherung), sind Sie verpflichtet, uns dies umgehend mitzuteilen.

Ich bestätige mit meiner 1. Unterschrift, dass ich diesen Hinweis gelesen habe:

Datum: Unterschrift:
(gültig bis auf Widerruf)

Mit meiner 2. Unterschrift gebe ich die Zustimmung für den Behandlungsvertrag:

Datum: Unterschrift:
(gültig bis auf Widerruf)

Wie haben Sie vom CENTRUM VITAE® erfahren?

Über Ihre freiwilligen Angabe würden wir uns freuen.

- Empfehlung durch Patienten Magazine
 über unsere Webseite Instagram
 im Internet allgemein Facebook

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, die von uns im Rahmen des gesetzlichen Versorgungsauftrages von Ihnen erhobenen Daten benötigen wir zur Durchführung Ihrer Behandlung.

Wir geben Sie zur Beantragung und Abrechnung mit Ihrem Kostenträger im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen weiter. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte zu anderen als den zur Erfüllung des Versorgungsauftrages genannten Zwecken findet nicht statt, es sei denn, Sie willigen hierzu gesondert ein. Sobald der Zweck der Datenverarbeitung entfällt, werden wir Ihre Daten löschen. Dafür gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Ihnen stehen die Betroffenenrechte gem. Art. 15-23 DSGVO zu. Das bedeutet, dass Sie Auskunft über Ihre Daten ersuchen und ggf. eine Berichtigung verlangen können. Sie haben ein Recht auf Löschung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung. Ebenfalls steht Ihnen ein Anspruch auf Einschränkung der Nutzung und Datenübertragbarkeit zu. Sie können sich bei Ihrer Aufsichtsbehörde beschweren. Natürlich können Sie sich aber auch mit Ihrem Anliegen an uns wenden oder an unsere Datenschutzbeauftragte unter der E-Mail Adresse: s.grosse@hartmann-rechtsanwaelte.de

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.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die Privatärztliche Verrechnungsstelle Westfalen-Süd rKV, Heinrich-Hertz-Str. 4, 59423 Unna (kurz: PVS WS) zu beauftragen. Die PVS WS ist eine im Jahr 1938 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. 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.



Empfänger der Daten ist die PVS WS. Die PVS WS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS WS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter Tel.: 0 23 03 / 2 55 55 18 bzw. E-Mail: info@pvs-westfalen-sued.de.

Wir möchten Sie 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.

Die von der PVS WS 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 WS (datenschutz@pvs-westfalen-sued.de).

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“ die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-westfalen-sued.de/datenschutz/transparenzerklaerung

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 Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Arztstempel



CENTRUM VITAE® PMVZ DR. GHIASSI & KOLLEGEN

Phoenixseestraße 9, 44263 Dortmund-Hörde
Tel. (0231) 17727035, www.centrum-vitae.de

Name, Vorname des Patienten

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Private Krankenversicherung (freiwillige Angabe)

Tel. / E-Mail

Einwilligungserklärung

1. 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, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Westfalen-Süd rKV (kurz: PVS WS) , Heinrich-Hertz-Str. 4, 59423 Unna, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS WS die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungs begründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS WS Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS-WS 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 keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS WS mehr statt.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten / Vertretungsberechtigte

(Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

Name, Vorname _____

(sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)