



PATIENT

Mustermann, Max

*12.12.1960

m, 60 J

Bericht

20. Januar 2021

13:34

FRAGEBÖGEN

DGPARG Einverständnis zur Datenverarbeitung

FRAGEBOGEN: DGPARG EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENVERARBEITUNG

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Krankenkasse / Kostenträger	TK
Abweichenden Rechnungsempfänger	Ja
Name und Anschrift des Rechnungsempfängers	Vater Mustermann Heimatstr. 15 79106 Freiburg

Einverständniserklärung

Einverständniserklärung des Patienten

1. Ich bin darauf hingewiesen worden und damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, insbesondere mein Name, meine Anschrift, mein Geburtsdatum, sowie Behandlungsdaten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus meiner Behandlung unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) und § 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch (SGB) V zum Zweck der§ Pflege meiner Patientenkartei§ Erfüllung des Behandlungsvertrags§ Kontaktaufnahme mit mir z.B. für Terminvereinbarungen§ Erstellen von Behandlungsberichten§ Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder mit mir selbst§ Mahnung und gerichtliche Durchsetzung überfälliger Honorarforderungen durch meinen Arzt erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an§ meine Krankenkasse, bei der ich versichert bin,§ ebenfalls behandelnde Ärzte, an welche mich mein Arzt überweist oder welche in meine Behandlung nach meinem Willen einbezogen werden,§ die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung -dgparg GmbH (DGPARG), Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, sowie deren Auftragsverarbeiter weitergegeben oder übermittelt und von diesen zum Zwecke der Abrechnung verarbeitet und genutzt werden.
2. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass § die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht zustande kommt oder erfüllt werden kann oder die Behandlung nicht abgerechnet werden kann.§ ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.§ ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner Daten zu verlangen.
3. Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an meinen Arzt unter Verwendung der oben angegebenen Kontaktdaten. Meine Daten werden dann nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung bei meinem Arzt gelöscht. Der Arzt wird meinen Widerruf an alle oben genannten Stellen weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.
4. Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung meiner Behandlung durch die DGPARG erfolgt und der Arzt Forderungen hieraus an die DGPARG abtritt. Die DGPARG darf die Forderung als Sicherheit zur eigenen Refinanzierung an die A.B.S. Global Factoring AG, an die Nord LB und die Commerzbank AG abtreten.
5. DGPARG darf meine Daten erhalten, verarbeiten und nutzen und an Dritte weitergeben, soweit dies für die

Abrechnung, Geltendmachung und Refinanzierung der Forderungen hieraus notwendig ist. DGPARG darf die Forderung im eigenen Namen geltend machen und einziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen beauftragen sowie Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien einholen. Einwände gegen die Forderung sind im Streitfall gegenüber DGPARG zu erheben. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung kann mein Arzt als Zeuge gehört werden.

6. Ich entbinde meinen Arzt insoweit von seiner gesetzlichen Schweigepflicht. Die DGPARG und alle von ihr eingesetzten Personen und Dritten unterliegen den Regeln des Datenschutzrechts und sind unter Strafdrohung gemäß § 203 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet.

7. Mein Einverständnis gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen, und solange dieses nicht widerrufen wird.

Ich habe die Aufklärung zur Datenverarbeitung gelesen und verstanden. Ich erkläre mich einverstanden mit der Datenweitergabe.

Ja

Unterzeichnet von: Max Mustermann

Angefordert: 20. Januar 2021 13:33

Beantwortet: 20. Januar 2021 13:34

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature consists of a stylized 'M' followed by a horizontal line that tapers to the right.

Unterschrift erfasst mit
Idana Trusted Signature