



MAMMOGRAPHIE SCREENING SÜDBADEN

Datenbogen privatversicherte Teilnehmerin

Sehr geehrte Damen,

wir bitten um Verständnis, dass wir für unsere Akten von Ihnen noch folgende Angaben benötigen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Rechnungsadresse:

.....

Telefonnummer:

Versicherung:

Versicherungsnummer:

Sie erhalten drei Rechnungen, eine Rechnung von uns für die Erstellung der Mammographie, und zwei Rechnungen der beiden Befunder/innen, die die Mammographien bei uns in den Räumen befunden (gemäß Vereinbarung zwischen dem KBV und dem Verband der PKV)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Leistungen der Screening-Einheit nach der jeweils geltenden GOÄ in Rechnung gestellt werden.

.....

Datum/ Unterschrift

Dr. A. Büttner
Diagnostische
Radiologie

Dr. K. Weingard
Diagnostische
Radiologie

Wirthstr. 11A
79110 Freiburg
Telefon:
0761/7671603
Fax:
0761/7671650
E-Mail:
buettnr.weingard@
gmx.org



Mammographie Screening Südbaden

Wirthstr. 11A

79110 Freiburg

Dr. Klaus Weingard, Dr. Alexander Büttner, PVÄ

BSNr 57 77 001 00

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
Schweigepflichtentbindungs-/Abtretungserklärung
zur Erstellung von Privatliquidationen**

Sehr geehrte Teilnehmerin,

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeiten wir mit der

**MEDCOM
ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 a
50968 Köln**

zusammen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen wie unser Personal den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Unsere Honorarforderung bzgl. der durchgeführten Behandlung treten wir an die Abrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die MEDCOM GmbH Prozesspartei und die behandelnden Ärzte würden gegebenenfalls als Zeugen gehört werden.

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihre Einwilligung gem. § 4a BDSG bzw. Art. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) zur Abtretung der Forderung und zur Übermittlung der notwendigen persönlichen Daten zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Einzugs der Forderung an die o. g. Abrechnungsstelle. Insoweit entbinden Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin zugleich von der Verpflichtung zur Einhaltung des Datenschutzes (Wahrung des Datengeheimnisses) sowie der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen, die dazugehörigen Diagnosen, Behandlungstage sowie Namen, Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen.

Die Daten werden nur zu o. g. Zwecken verwendet und nicht ohne ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben. Sie können die Erklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft gegenüber Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift