



ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE

Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren • Innere Medizin • Sportmedizin • Chirotherapie • Osteopathie • Orthomolekulare Medizin
Spezielle Schmerztherapie • Umweltmedizin • F.X. Mayr-Kur • TCM / Akupunktur • Ernährungsmedizin

Herzlich Willkommen

Sehr geehrte Damen und Herren,
um Ihnen einen diskreten und möglichst angenehmen Erstkontakt zu ermöglichen, bitten wir Sie freundlichst, folgende Fragen zu beantworten. Sollten Fragen Ihrerseits bestehen, so wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bei Minderjährigen bitte Namen des Erziehungsberechtigten angeben:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Straße

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobil

E-Mail

Versicherungsträger

Empfohlen bzw. zugewiesen durch

Beihilfeberechtigt? Ja / Nein

Sind Sie ein Schrittmacherträger? Ja / Nein

Liegen bekannte Allergien vor? Ja / Nein

Dauermedikation: _____

Besonderheiten / Hinweise Ihrerseits: _____

Datenaustausch mit mitbehandelten Kollegen erwünscht

Datum

Unterschrift



Homöopathischer Patientenfragebogen bei Erstuntersuchung

Name, Vorname

Beruf

Arbeitsstunden pro Woche

Familiärer Hintergrund – Bitte geben Sie Ihren Familienstand an:

Ledig seit _____ Geschieden seit _____ In Trennung Lebend seit _____ Kinder: _____
Verheiratet seit _____ Getrennt seit _____ Verwitwet seit _____

Beschwerdebild

Welche Beschwerden haben Sie?

Wohin strahlen die Beschwerden aus (z.B. in Arme, Beine oder welche Organe)?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Bestehen die Beschwerden ständig oder treten Sie in Abständen auf (Tag, Nacht, Arbeit, Ruhe u.ä.)?

Empfinden Sie die Beschwerden als Schmerzen oder körperliche Störung?

Welche Qualität hat dieser Schmerz (dumpf, stechen, u.ä.)?

Was verschlimmert Ihre Beschwerden (Wäreme, Kälte, Ruhe, Bewegung, u.ä.)?

Was verbessert Ihre Beschwerden (Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung, u.ä.)?

Lebensumstände

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (besondere Lebensumstände, andere Erkrankungen, u.ä.)?

Hatten Sie beim ersten Auftreten der Beschwerden besondere Belastungen (z.B. Stress / Kummer)

Andere Beschwerden

Bestehen noch andere Beschwerden, die nicht mit der Hauptbeschwerde in direktem Zusammenhang stehen?

Hatten Sie beim ersten Auftreten der Beschwerden besondere Belastungen (z.B. Stress / Kummer)

Körpersymptome

- Schwitzen Sie häufig? Ja Nein
- Wenn ja, wie ist der Schweiß? kalt warm
- Frieren Sie leicht? Ja Nein
- Sind Sie wetterfühlig? Ja Nein
- Welches Klima bevorzugen Sie? Meer Gebirge
- Sind Sie lieber im: Zimmer Freien

Schlaf- und Stimmungslage

- Haben Sie Einschlafstörungen? Ja Nein
- Haben Sie Durchschlafstörungen? Ja Nein
- Träumen Sie häufig? Ja Nein
- Schwanken Ihre Stimmungslagen? Ja Nein
- Sind Sie eher fröhlich gestimmt? Ja Nein

Appetit, Durst, Verdauung

- Was essen Sie besonders gern (Süßes, Saures, kalt oder warm)? _____
- Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen?
- Haben Sie gegen bestimmte Lebensmittel eine Abneigung?
- Haben Sie häufig Heißhunger auf bestimmte Lebensmittel?
- Haben Sie oft Durst?
- Trinken Sie eher viel oder wenig Flüssigkeit?
- Trinken Sie lieber warme oder kalte Getränke?
- Wie häufig ist ihr Stuhlgang?
- Haben Sie eher Verstopfung oder Durchfall?

Haut, Haare, Nägel

- Haben Sie trockene oder feuchte Haut? _____
- Haben Sie Hautausschläge _____
- Haben Sie Warzen oder ähnliche Hautauswüchse?
- Haben Sie oft Juckreiz?
- Haben Sie Probleme mit den Nägeln?
- Haben Sie trockene oder fettige Haare?

Sonstiges (z.B. Operationen, Kinderkrankheiten, Verletzungen, etc.):

Leben Ihre Eltern noch? _____ Wenn nein, in welchem Lebensalter sind diese gestorben? Vater: _____ Mutter: _____

Bitte geben Sie an, soweit möglich, woran Ihr(e) Vater / Mutter gestorben sind:

Vater: _____ Mutter: _____

Haben Sie Geschwister? _____ Sind diese erkrankt, wenn ja, an was? _____



ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE

Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren • Innere Medizin • Sportmedizin • Chirotherapie • Osteopathie • Orthomolekulare Medizin
Spezielle Schmerztherapie • Umweltmedizin • F.X. Mayr-Kur • TCM / Akupunktur • Ernährungsmedizin

Behandlungsvertrag

zwischen Privatpraxis Dr. König & Kollegen Karlsruhe / Baden-Baden
und

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Die Berechnung von Untersuchungen und Behandlungen erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können laut §6 (2) GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden (Analogziffern).

Wir bieten unter anderem auch Diagnose- und Therapie-Verfahren an, die von der „Schulmedizin“ nicht anerkannt sind. Darüber klären wir umfassend auf. Ein Heilversprechen ist damit nicht verbunden.

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Die Forderungen müssen vom Patienten auch dann voll bezahlt werden, wenn eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in vollem Umfang erfolgt. Wir behalten uns bei offensichtlicher Aussichtslosigkeit und Kleinstbeträgen vor, die Erstellung von Befundberichten für die PKV nicht durchzuführen. Gesetzlich versicherte Patienten haben keinerlei Anspruch auf eine Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse.

Sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich aus diesem Behandlungsvertrag ergeben, werden seitens des Patienten soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet.

Da die Praxis nach einem Bestellsystem arbeitet und für Diagnostik und Therapie erhebliche Zeitspannen eingeplant werden, ist eine pünktliche Wahrnehmung der Termine unerlässlich. Wir bitten darum, uns Terminänderungen bzw. Terminabsagen mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen. Andernfalls sind wir berechtigt, ein Ausfallhonorar in Höhe der vorgesehenen Leistung zu berechnen.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Datum, Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter des Patienten

Datum, Unterschrift Arzt



ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE

Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren • Innere Medizin • Sportmedizin • Chirotherapie • Osteopathie • Orthomolekulare Medizin
Spezielle Schmerztherapie • Umweltmedizin • F.X. Mayr-Kur • TCM / Akupunktur • Ernährungsmedizin

Information für unsere Patienten

Ausfallhonorar

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund der zunehmend unentschuldig nicht wahrgenommenen Termine, ist es uns leider nicht mehr möglich, dies ohne ein Ausfallhonorar zu akzeptieren.

Wir bitten Sie höflich, Ihre Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollten Sie Ihre Termine innerhalb der Frist von 24 Stunden nicht absagen, müssen wir Ihnen nach § 615 BGB ein Honorar in Höhe der vorgesehenen Leistungen für die geplanten Untersuchungen in Rechnung stellen.

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen
Zentrum für integrative Medizin Karlsruhe



ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE

Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren • Innere Medizin • Sportmedizin • Chirotherapie • Osteopathie • Orthomolekulare Medizin
Spezielle Schmerztherapie • Organzelltherapie • Umweltmedizin • F.X. Mayr-Kur • TCM / Akupunktur • Ernährungsmedizin

Einwilligung nach Artikel 7 DSGVO, § 51 DSAnpUG (BDSG neu) und § 73 1b SGB V

Vor- und Nachname: _____

- Hiermit willige ich ein
in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten von
und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Be-
handlung und Abrechnung nach § 630a Absatz 1 BGB und anderen Verordnungen.
- Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203
StGB zur Übermittlung meiner Daten per Fax und Email an mit- und weiterbehandelnde Ärzte. Zu-
sätzlich willige ich in die Zusendung meiner Befunde/Dokumente an die hier genannte Faxnum-
mer/E-Mail-Adresse:

_____ ein.

- Sämtliche Informationen über die Datenerhebung nach Artikel 13 und 14 DSGVO wurden mir zur
Verfügung gestellt.
- Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Ein-
willigung/Entbindung kommen kann.
- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, von der Praxis Dr. König & Kollegen an regelmäßige Inter-
vall-Termine erinnert zu werden.
Wir werden Sie telefonisch, per E-Mail oder per Post kontaktieren.
- Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich
und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- hiermit entbinde ich das Zentrum für integrative Medizin gegenüber den nachfolgenden Personen
von der Schweigepflicht:
Name, Geb. Datum: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in _____

Auszug aus Art. 7 DSGVO

Bedingungen für die Einwilligung

1. Beruht die Verarbeitung auf einer Einwilligung, muss der Verantwortliche nachweisen können, dass die betroffene Person in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten eingewilligt hat...

Auszug aus § 51 BDSG (neu)

Einwilligung

1. Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten nach einer Rechtsvorschrift auf der Grundlage einer Einwilligung erfolgen kann, muss der Verantwortliche die Einwilligung der betroffenen Person nachweisen können...

Auszug aus § 203 StGB

Verletzung von Privatgeheimnissen

1. Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
1.1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,...

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Auszug aus § 73 SGB V

Versorgung, Verordnungsermächtigung

1. Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen...

Auszug aus § 630a BGB

Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

1. Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.



Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Artt. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu)

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 PVS Südwest GmbH, eine berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. 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.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die beigefügte 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.

Empfänger der Daten ist die PVS Südwest GmbH, sie unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS Südwest GmbH hilft Ihnen gerne auch hier weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Ziffernzusammenstellung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie auch bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Südwest GmbH als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse C 8, 9, 68159 Mannheim oder Tel.: 0621-1640 bzw. E-Mail: rechnung@pvs-suedwest.de und www.pvs-suedwest.de.

Die von der PVS Südwest GmbH 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 Südwest GmbH, E-Mail: datenschutz@pvs-suedwest.de oder Fax: 0621-1645370. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-sudwest.de.

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.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Prof. Dr. König und Kollegen
Naturheilverfahren • Sportmedizin
TCM/Akupunktur • Chirotherapie
Kaiserallee 36, 76185 Karlsruhe
Tel.: 0721 / 627677-0 • Fax: 627677-24

Praxisstempel des Verantwortlichen

Privat	KVB I-III	KVB IV	Post B	BG	Standard- Tarif	Basis- Tarif	Student
Name des Zahlungspflichtigen				Vorname			
Ehegatte, Sohn, Tochter				geb. am			
Straße							
PLZ		Wohnort					

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Südwest GmbH zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS Südwest GmbH ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten. Sie steht unter ärztlicher Leitung und ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS Südwest GmbH unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse Geschäftsstelle Mannheim, C 8, 9, 68159 Mannheim bzw. Geschäftsstelle Karlsruhe, Rheinstraße 77a, 76185 Karlsruhe und den Druck und Versand der Rechnungen durch deren Tochtergesellschaft ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH, Rheinstraße 77a in 76185 Karlsruhe, einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.

2. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS Südwest GmbH einverstanden.

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 Südwest GmbH 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 zwischen Arzt/Praxis und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter/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)

TRANSPARENZERKLÄRUNG

der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Südwest GmbH zur Verarbeitung von Patientendaten in gemeinsamer Verantwortung mit dem behandelnden Arzt

(Artt. 12 ff., 26 DSGVO i.V.m. §§ 32 ff. BDSG-neu)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Folgenden informieren wir über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Abrechnung, die wir in gemeinsamer Verantwortung mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, für die durch die Praxis Ihrer Ärztin / Ihres Arztes im Rahmen des Behandlungsvertrages erbrachten Leistungen, als Privatärztliche Verrechnungsstelle GmbH vornehmen.

1. Wer ist Verantwortlicher der Datenverarbeitung?

Die folgenden Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz erhalten Sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften von der

Privatärztlichen Verrechnungsstelle Südwest GmbH

C 8, 9

68159 Mannheim

Tel.: 0621-1640

Fax: 0621-164250

rechnung@pvs-suedwest.de

Diese verarbeitet in gemeinsamer Verantwortung mit Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt Daten Ihrer Behandlung zu Zwecken der Rechnungserstellung und Rechnungseinziehung. Die Anschrift und Kontaktdaten Ihrer Ärztin/Ihres Arztes und ggfs. die Erklärung Ihres Einverständnisses in die Weitergabe der für die Abrechnung und das Forderungsmanagement notwendigen Daten an uns, entnehmen Sie bitte der Ihnen in der Praxis ausgehändigten Erklärung, die im Original als Teil der Patientenakte beim behandelnden Arzt aufbewahrt wird.

Zum Beauftragten für den Datenschutz ist für das gemeinsame Verfahren der Abrechnung benannt:

Datenschutzbeauftragter der PVS Südwest GmbH

C 8, 9, 68159 Mannheim

Fax: 0621-1645370

datenschutz@pvs-suedwest.de

2. Welche Daten nutzen wir?

Zu Zwecken der Behandlung wurde ein Behandlungsvertrag im Sinne des § 630a BGB geschlossen. Ein solcher Vertrag kommt auch dann zustande, wenn darüber kein schriftlicher Vertrag unterzeichnet wurde, sondern Sie sich lediglich in der Praxis haben behandeln lassen.

Aus dem Behandlungsvertrag resultieren die Pflichten des Arztes und aller Angehörigen der Praxis zur medizinischen Behandlung. Umgekehrt sind Sie zur Vergütung dieser Behandlung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter (insbesondere Ihre Krankenversicherung) die Kosten unmittelbar übernimmt. Auf Grundlage dieses Vertrages werden personenbezogene (teilweise auch sensible) Daten, insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift, Gesundheitsdaten, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, sowie sonstige biometrische Daten erhoben und verarbeitet.

Diese Daten können an die PVS Südwest GmbH weitergeleitet werden, soweit dieses zur Erstellung der Abrechnung und der Geltendmachung der Forderungen Ihnen oder Dritten gegenüber notwendig ist. Soweit die Abrechnung auch die Einziehung der Forderung durch die PVS Südwest GmbH und die ASZ GmbH (Tochtergesellschaft der PVS Südwest GmbH für Druck und Versand der Rechnungen: ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH Rheinstraße 77a, 76185 Karlsruhe) beinhaltet, werden auch solche Daten, die für die Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges erforderlich sind, übermittelt und verarbeitet.

Erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten auf einer anderen rechtlichen Grundlage als dem Behandlungsvertrag, wird darauf explizit hingewiesen. Alle Mitarbeiter der gemeinsam Verantwortlichen und sonstige in dieser Erklärung genannten Beteiligten unterliegen darüber hinaus der ärztlichen Schweigepflicht des § 203 StGB.

3. Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Alle personenbezogenen Daten werden im Einklang mit der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) verarbeitet:

3.1 Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages (§ 630a BGB i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h), Abs. 3 DSGVO)

Die Verarbeitung von Daten durch die Praxis Ihrer Ärztin/Ihres Arztes erfolgt zu Zwecken der Behandlung im Rahmen der Durchführung des Behandlungsvertrages. Dies beinhaltet auch die Erhebung aller für die Abrechnung relevanten Daten.

Die Datenverarbeitung der Praxis Ihrer Ärztin/Ihres Arztes dient in erster Linie jedoch Zwecken der Dokumentation einer Diagnose und Ihrer Behandlung. Ebenso kann der Verlauf der Therapie, die Krankengeschichte, sonstige (soweit vorhandene) Vorbefunde, Medikamentenpläne und Abbildungen verarbeitet werden.

Für die oben benannten Zwecke bleibt Ihre Ärztin/Ihr Arzt verantwortliche Stelle und Ansprechpartner für Sie auch bezüglich der Datenverarbeitung.

Darüber hinaus ist es allerdings erforderlich, zur Verwaltung und Abrechnung über die Leistungen der Praxis Ihres Arztes auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 h) i.V.m Art. 9 Abs. 3 DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 b) BDSG-neu, sowie ggfs. der Einziehung dieser Forderungen, Daten an die PVS Südwest GmbH zur Verarbeitung weiterzugeben. Bei Vorliegen der Voraussetzungen, werden zudem auch zum Zwecke der Vorfinanzierung ärztlicher Honorarrechnungen, sowie des Forderungseinzugs, Daten an die PVS Südwest GmbH weitergegeben.

Die PVS Südwest GmbH erstellt eine ordnungsgemäße Honorarrechnung aus privatärztlicher Behandlung auf Grundlage der jeweils geltenden Gebührenordnungen anhand der vollständig von der Praxis Ihrer Ärztin/Ihres Arztes übermittelten Patienten- und Behandlungsdaten zu den abrechnungsfähigen Leistungen. Dabei müssen zum Zwecke der Rechnungsstellung aus Ihrer Patientenakte Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten weitergegeben werden.

Für die oben beschriebene Datenverarbeitung zum Zwecke der Abrechnung und Verwaltung der erbrachten Leistungen, sowie des Forderungsmanagements und ggfs. zum Zwecke der Vorfinanzierung und des Forderungseinzugs ist die PVS Südwest GmbH verantwortliche Stelle.

3.2 Im Rahmen der berechtigten Interessen (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO)

Soweit erforderlich, verarbeitet die PVS Südwest GmbH auch in eigener Verantwortung Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, die über die Erfüllung der Abrechnung hinausgehen. Ein Beispiel dafür ist:

- Daten, die mit dem Aufrufen unserer Internetseite anfallen, um die Auswertung der Systemstabilität und Systemsicherheit vorzunehmen, sowie weitere administrative Zwecke zu verwirklichen.

3.3 Aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 a)/Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO)

Soweit Sie uns eine freiwillige Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten für bestimmte Zwecke erteilen, ist eine solche Verarbeitung damit rechtmäßig. Eine Einwilligung kann jederzeit im gesetzlichen Umfang mit Wirkung für die Zukunft und ohne Begründung widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der schon erfolgten Verarbeitung wird bis zum Zeitpunkt des Widerrufs nicht berührt.

3.4 Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 c) i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO)

Zudem unterliegen wir als verantwortliche Stelle, wie auch Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, gesetzlichen Vorgaben, aus der sich eine Pflicht zur Verarbeitung und Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten ergeben kann.

4. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Sowohl die PVS, als auch Ihre Ärztin/Ihr Arzt unterliegen bezüglich Ihrer Gesundheitsdaten gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Für allgemeine Behandlungen, Rechnungen usw. betragen diese 10 Jahre. Zudem kann ein berechtigtes Interesse bestehen, beispielsweise zur Abwehr eventueller Schadensersatzansprüche, Ihre Daten auch länger zu speichern.

5. Wer hat Zugriff auf die personenbezogenen Daten?

Für die Sicherheit Ihrer Daten trägt die Ärztin/der Arzt in der Praxis die Verantwortung. Bezüglich der Daten der Abrechnung der ärztlichen Leistungen, die bei der PVS Südwest GmbH erfolgt, haben bei der PVS Südwest GmbH ausschließlich diejenigen Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung des Zwecks benötigen. Im Rahmen technischer Wartungsarbeit können auch IT-Berater oder IT-Sicherheitsbeauftragte mit Ihren Daten in Kontakt kommen. Deshalb haben wir auch diese vertraglich auf die ärztliche Schweigepflicht verpflichtet. Ebenso ist auch unser Reinigungsservice zur Geheimhaltung verpflichtet.

5.1 Abrechnungen

Die Weiterleitung von Daten zu Abrechnungszwecken an die PVS Südwest GmbH erfolgt über eine verschlüsselte Schnittstelle zwischen Praxis und der PVS. Hinsichtlich der privatärztlichen Abrechnung arbeiten Ihre Ärztin/Ihr Arzt und die PVS Südwest GmbH gem. Art. 26 DSGVO als gemeinsam für die Datenverarbeitung Verantwortliche, die jedoch gegenseitig nicht weisungsgebunden sind. Die gemeinsam Verantwortlichen unterliegen alle der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 Strafgesetzbuch (StGB).

Ihre Rechte als Betroffener können Sie hinsichtlich der Abrechnungen gemäß Art. 26 Abs. 3 DSGVO sowohl gegenüber Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, als auch gegenüber der PVS Südwest GmbH direkt geltend machen.

6. Werden meine Daten an ein Drittland übermittelt?

Es werden keine Patientendaten an ein Drittland außerhalb der EU übermittelt.

7. Findet eine automatische Entscheidungsfindung oder ein Profiling statt?

Nein, ein sog. „Profiling“ oder ein automatisches Entscheidungsfindungsverfahren findet weder zur Begründung, noch zur Durchführung des Behandlungsvertrages statt.

8. Betroffenenrechte

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.

Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte – soweit sie die Verarbeitung von Daten in gemeinsamer Verantwortung betreffen – unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Südwest GmbH

E-Mail: datenschutz@pvs-suedwest.de oder Fax: 0621-1645370

9. Widerspruchsrecht

Im gesetzlichen Rahmen steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gegen Datenverarbeitungen zu, welche auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 e) oder f) DSGVO erfolgt.

10. Erteilung der Information nach Art. 13 DSGVO

Ihre Ärztin/Ihr Arzt erteilt die Informationen zu den Betroffenenrechten gemäß Art. 13 DSGVO durch Aushändigung eines Formulars an den Patienten. Dieser bestätigt durch seine Unterschrift oder in anderer geeigneter Weise, dass ihm die zuvor dargestellten Betroffenenrechte zur Kenntnis gebracht wurden. Das Original wird zu Dokumentationszwecken zur Patientenakte genommen.

11. Datenschutz-Folgenabschätzung

Sollte hinsichtlich abrechnungsrelevanter Daten die Durchführung einer Datenschutzfolgenabschätzung erforderlich sein, so ist der Datenschutzbeauftragte der PVS Südwest GmbH zuständig.

12. Beschwerden

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 Baden-Württemberg
Königstraße 10a

70173 Stuttgart

Telefon 0711/615541-0

Telefax 0711/615541-15

E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

(Schutzbedürftige Daten sollten nicht unverschlüsselt per E-Mail oder via Telefax übertragen werden.)

PGP-Fingerprint: E4FA 428C B315 2248 83BB F6FB 0FC3 48A6 4A32 5962

Homepage: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Ort, Datum

Unterschrift