



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

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

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, Namen eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen, Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen. Im Fall von Untersuchungen nach Arbeitsunfällen kommen hinzu: Unfalltag, Unfallort, Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule sowie der Unfallversicherungsträger.

Neben Ihrer Einwilligung zur Abtretung der Forderung und Übermittlung der Daten an die o.g. Abrechnungsstelle erteilen Sie ebenfalls und ausdrücklich die Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten zur Weitergabe der Daten und zur Abtretung der Forderung.

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