

Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Postleitzahl

Wohnort des Patienten

Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung

Telefon-Nr.

Name, Vorname und Anschrift des Hauptversicherten (falls abweichend vom Patienten; bei minderjährigen Patienten ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Zwischen dem oben genannten Patienten (bzw. bei minderjährigen Patienten: dem oder den oben genannten Sorgeberechtigten) und dem Universitätsklinikum Freiburg wird die ambulante Beratung und Behandlung in der privatärztlichen Ambulanz der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie ab dem _____ bis auf schriftlichen Widerruf durch den Patienten vereinbart.

Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Fachärzte zugezogen werden, erfolgt auch hierbei privatärztliche Beratung und Behandlung.

Das berechnete Honorar für die privatärztliche Behandlung ist an das Klinikum zu zahlen, das von zugezogenen anderen Ärzten berechnete Honorar an diese persönlich bzw. an das Klinikum.

Ich wünsche eine Rechnung (bitte ankreuzen)

- nur über die ärztlichen Leistungen; die Sachleistungen möchte ich über meine Pflichtversicherung begleichen (GKV-Patienten)
- über die ärztlichen Leistungen und die Sachleistungen (Labor, Röntgen etc.); (Vollprivate)

Freiburg, _____
Datum

X

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der
Sorgeberechtigten)

Unterschrift für das Universitätsklinikum
Freiburg

Einwilligung zur Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle

(nach Art. 4 Nr. 15; Art. 6 Abs. 1a; Art. 7 und Art. 9 Abs. 1, Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4; Art. 13 Abs. 1 lit. e und Art. 14 Abs. 1 lit. e DS-GVO)

Ich habe mich für die Erbringung ambulanter privatärztlicher Leistungen bzw. für Behandlungsleistungen zu Lasten der Unfallversicherungsträger entschieden. Das Universitätsklinikum Freiburg beabsichtigt mit der Durchführung der Abrechnung und des Einzugs der erbrachten Leistungen die Abrechnungszentren

- ▶ **unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Str. 17-19, 66687 Noswendel**
- ▶ **ProMed GmbH, Märkische Straße 109, 44141 Dortmund**
- ▶ **PVS rhein-ruhr GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**
- ▶ **PVS Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim**
- ▶ **BFS health finance GmbH, Hülshof 24,44369 Dortmund**
- ▶ **MEDAL, Medizinische Abrechnung Lutz GmbH, Siemensstr. 3, 64859 Eppertshausen**

zu beauftragen. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie

- ▶ Name
- ▶ Anschrift
- ▶ Geburtsdatum
- ▶ Behandlungstage
- ▶ erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ) und dazugehörige Diagnosen

erforderlich. Die Mitarbeiter*innen der Abrechnungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Liste der Abrechnungsstellen je Wahlarzt kann Ihnen auf Wunsch bei der Patientenmeldung ausgehändigt werden.

Die Verarbeitung durch die Abrechnungsstellen umfasst u. a. die Speicherung der erstellten Rechnungen für die Dauer von 10 Jahren gemäß § 257 Abs. 4, Abs. 1 Nr. 4 HGB, § 146 Abs. 3 S. 1, Abs. 1 Nr. 4 AO.

Die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen für Betroffene über die Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 und 14 DS-GVO sowie zum Datenschutz bei der Verarbeitung personenbezogener Daten finden Sie auf unserer Homepage unter: www.uniklinik-freiburg.de/datenschutz oder an der jeweiligen Patienteninformation sowie öffentlichen Aushängen unseres Hauses.

Bei allen Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte schriftlich oder per E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten:

Universitätsklinikum Freiburg
Datenschutzbeauftragter
Breisacher Straße 153
79110 Freiburg
Telefon: 0761 270-0
Telefax: 0761 270-20200
E-Mail: datenschutz@uniklinik-freiburg.de

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a
70173 Stuttgart
Telefon: 0711 615541-0
Telefax: 0711 615541-15
E-Mail: poststelle@fdi.bwl.de



**Einwilligung zur Datenübermittlung
an eine externe Abrechnungsstelle**

(nach Art. 4 Nr. 15; Art. 6 Abs. 1a; Art. 7 und Art. 9 Abs. 1, Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4; Art. 13 Abs. 1 lit. e und Art. 14 Abs. 1 lit. e DS-GVO)

Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Freiburg der externen Abrechnungsstelle diese Daten zum Zweck der Rechnungsstellung und des Inkasso übermittelt und meine kompletten Patientenunterlagen unter strengen Sicherheitsvorkehrungen kurzzeitig der externen Abrechnungsstelle hierfür überlässt. Zu diesem Zweck entbinde ich die Mitarbeiter*innen und behandelnden Ärzt*innen des Universitätsklinikums Freiburg von ihrer Schweigepflicht.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte schriftlich an die Patient*innenverwaltung. Der Widerruf der Einwilligung erfolgt für die Zukunft und gilt erst ab dem Zeitpunkt, an dem er in der Patient*innenverwaltung eingegangen ist und im EDV-System hinterlegt werden konnte. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten bleibt davon unberührt.

Datum

X

Unterschrift Patient*inIch handle als Vertreter*in
mit Vertretungsmacht /
gesetzl. Vertreter*in /
Betreuer*in_____
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

X

Unterschrift Vertreter*in