

**Einwilligung zur Einbindung zur Privatliquidation**  
durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH  
Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg, Telefon (0911) 92 92 02

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bei Kindern unter 16 Jahren bzw. nicht einsichtsfähigen Personen der gesetzliche Vertreter:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mit dieser freiwilligen Einwilligung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre Daten an die oben genannte Verrechnungsstelle zur Durchführung der Privatliquidation weitergegeben werden. Sollten Sie nicht einwilligen, werden Ihre Daten auch nicht wie nachfolgend beschrieben weitergegeben.

**Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich mich freiwillig und ohne Zwang ausdrücklich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten durch die Praxis an die oben genannte Verrechnungsstelle zum Zwecke der Abrechnung übermittelt werden können. Für den Fall eines vom Patienten abweichenden Rechnungsempfängers erkläre ich, dass ich volljährig und vom Rechnungsempfänger bevollmächtigt bin, seine Stammdaten zur Erstellung der Rechnung an die oben genannte Verrechnungsstelle zu übermitteln. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können. Ich bestätige, dass ich die nebenstehend aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

(bei nicht einsichtsfähigen Patienten: gesetzlicher Vertreter)

(bei minderjährigen Patienten zusätzlich: des oder der Sorgeberechtigten)

## Wichtige Informationen für den Patienten oder dessen Vertretungsberechtigten

Wir führen die Abrechnung privatärztlicher oder Selbstzahler-Leistungen durch die auf der Vorderseite genannte Verrechnungsstelle durch. Dieser Auftrag umfasst neben der Erstellung der Rechnung auch den Auftrag zur Forderungsbeitreibung. Alle zuständigen Mitarbeiter der Verrechnungsstelle sind dabei zur Geheimhaltung verpflichtet worden und darüber informiert, dass Ihre Daten auch nach Beendigung der Behandlung bzw. Ihrem Widerruf weiterhin vertraulich behandelt werden müssen.

Damit die Abrechnung ermöglicht werden kann, ist es erforderlich, folgende Daten zu übersenden:

- Ihre Stammdaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Kostenträger,
- Behandlungsinformationen: Akut- und Dauerdiagnosen sowie die mit der Behandlung verbundenen Abrechnungsziffern,

Ihre erteilte Einwilligung erfolgt dabei aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung (nachfolgend „DSGVO“ genannt).

Die anlässlich des Behandlungsvertrages von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Ärzte gespeichert und danach gelöscht. Dies umfasst im Regelfall einen Zeitraum von 10 Jahren, kann im Einzelfall aufgrund längerer gesetzlicher Aufbewahrungspflichten, aus Gründen, die im Gesundheitszustand des einzelnen Patienten liegen oder zur Sicherung eigener Rechte auch bis zu 30 Jahren betragen. Die an unsere Verrechnungsstelle weitergeleiteten Daten werden aus steuerlichen und Gründen sowie zur Sicherstellung der Geltendmachung von Zahlungsansprüchen 10 Jahre lang gespeichert.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung gegenüber uns zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Dies hat zur Folge, dass wir Ihre Daten für die Zukunft nicht mehr an die oben genannte Verrechnungsstelle weiterleiten dürfen.

Die DSGVO räumt Ihnen überdies weitere Rechte ein:

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO=),
- Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO),
- Unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten,
- Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen (Art. 20 DSGVO)

Zuletzt sind Sie berechtigt, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, falls aus Ihrer Sicht die Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtmäßig erfolgt (Art. 77 DSGVO). Ihre Beschwerde richten Sie in diesem Fall an:

Datenschutzaufsichtsbehörde für den nicht-öffentlichen Bereich

Landesamt für Datenschutzaufsicht

Promenade 27

91522 Ansbach

**Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung  
für gesetzlich versicherte Patienten**

Zwischen

und

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer)

Ich wünsche für mich die privatärztliche Behandlung durch die oben genannte Praxis mit folgenden Leistungen in Zusammenhang mit der Durchführung einer Schutzimpfung nach § 20i SGB V, für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

GOÄ-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Faktor	Betrag	(Zutreffendes bitte ankreuzen)
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	2,3	10,72	
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher	2,3	20,11	
5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	10,72	
375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan)	2,3	10,72	
376	orale Schutzimpfung (z.B. Typhus)	2,3	10,72	
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	2,3	6,70	
378	Simultanimpfung (z.B. Tetanus aktiv und passiv)	2,3	16,09	

**Hinweise:**

Die GOÄ-Ziffer Nr. 3 ist nur abrechenbar, wenn nicht geimpft wird. Im Regelfall der Impfung sind die Ziffern 1, 5 und 375 zusammen abrechenbar. Die Ziffern 376, 377 und 378 sind nicht neben den Ziffern 1 und 2 abrechenbar.

Die Simultanimpfung nach Ziffer Nr. 378 kann zusammen mit der Ziffer 376 (orale Schutzimpfung) abgerechnet werden. Die Ziffern 375 und 377 können aber nicht zusätzlich angesetzt werden.

Bei allen Ziffern ist die eventuell erforderliche Eintragung im Impfpass mit der Ziffer abgegoten.

(Ggf.) zuzüglich Sachkosten \_\_\_\_\_ Euro.

Die Gesamtkosten betragen \_\_\_\_\_ Euro.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nach § 20i SGB V zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Allerdings besteht derzeit noch kein Vertragsverhältnis zwischen meiner gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der hierbei die Interessen meines behandelnden Arztes wahrnehmenden Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) e.V., aufgrund derer die GKV eine direkte Abrechnung zwischen meinem behandelnden Arzt bzw. seiner Verrechnungsstelle und ihr akzeptieren würde. Ich habe bei meiner GKV einen Antrag auf direkte Übernahme der Kosten der oben genannten Leistungen gestellt. Meine GKV hat diesen Antrag abgelehnt oder nicht innerhalb der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V (ohne Beauftragung des Medizinischen Dienstes: innerhalb von drei Wochen, bei Beauftragung des Medizinischen Dienstes innerhalb von fünf Wochen) über diesen Antrag entschieden. Ich möchte daher die Leistungen nach § 20i SGB V direkt bei meinem behandelnden Arzt in Anspruch nehmen und direkt an ihn bzw. seine Verrechnungsstelle bezahlen und anschließend eine Erstattung dieser Kosten bei meiner GKV geltend machen.

Mir ist bekannt, dass meine GKV die Erstattung dieser Kosten möglicherweise ganz oder teilweise verweigern wird, insbesondere dann, wenn mein behandelnder Arzt eine Leistungsabrechnung nach der GOÄ vornimmt oder wenn meine GKV zwar nach Ablauf der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V, aber noch vor dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme und Bezahlung der Impfleistung eine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Es ist also möglich, dass die Kosten von meiner Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen oder erstattet werden. Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen. Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt