



MEDIZINICUM

GRUPPE

AUFNAHMEBOGEN	BEHANDLUNGSVERTRAG	BFS EVE/ DATENSCHUTZ
Patienten Information	Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen	
Vorname / Nachname	Vorname	
	Nachname	
Titel / Namenszusatz		
Geburtsdatum	Tag	Monat
		Jahr
Straße & Hausnummer	Straße	Nummer
Stadt / Postleitzahl / Land	Stadt	Postleitzahl
		Land
Rechnungsadresse (Nur wenn abweichend)		
Telefonnummer		
E-Mail		
Bevorzugte Kontaktaufnahme	E-Mail <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>
Überweisender Arzt	(Falls zutreffend)	
Name und Anschrift des Arztes		
Arztbrief an	Überweisender Arzt <input type="checkbox"/>	Patient <input type="checkbox"/>
Versicherung	Privat versichert <input type="checkbox"/>	Selbstzahler <input type="checkbox"/>
Name der Krankenversicherung		
Versicherungstyp	Privat 100% <input type="checkbox"/>	Beihilfe <input type="checkbox"/>
	Standardtarif <input type="checkbox"/>	Basistarif <input type="checkbox"/>
	KVB I-III <input type="checkbox"/>	Post B <input type="checkbox"/>
	Studententarif <input type="checkbox"/>	Primärarztprinzip <input type="checkbox"/>



MEDIZINICUM

GRUPPE

Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen

Zwischen dem oben genannten Patienten (bzw. bei minderjährigen Patienten dem oder den oben genannten Sorgeberechtigten) und der MEDIZINICUM GmbH wird die ambulante Beratung und Behandlung in der privatärztlichen Praxis bis auf schriftlichen Widerruf durch den Patienten vereinbart. Sollten zur Klärung der Diagnose weitere Fachärzte zugezogen werden, erfolgt auch hierbei privatärztliche Beratung und Behandlung.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Das Honorar ist an die MEDIZINICUM GmbH, MVZ - Meine Ärzte zu zahlen.

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten bzw. seines Vertreters

Unterschrift für MEDIZINICUM GmbH

Einwilligung in die Datenweitergabe an Abrechnungsfirma BFS

Um die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung durch die BFS health finance GmbH (Hülshof 24, 44369 Dortmund) zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der folgenden Erklärungen

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der:

- Weitergabe meiner Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS.
Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozessesteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zwecke der Sicherung offener Forderungen und zur Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;



MEDIZINICUM

GRUPPE

- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderungsbegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

Abtretung der Forderung an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde meinen Behandler **bzw. die MEDIZINICUM GmbH, MVZ -Meine Ärzte** und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

Bitte durch Ankreuzen bestätigen

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten bzw. seines Vertreters



MEDIZINICUM

GRUPPE

Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung durch das MEDIZINICUM GmbH, MVZ – Meine Ärzte entschieden haben. Das Sie behandelnde Medizinische Versorgungszentrum [MEDIZINICUM GmbH, MVZ – Meine Ärzte] (nachfolgend „MVZ“) gehört zur Sanecum Gruppe GmbH. Das MVZ und die Sanecum Gruppe GmbH legen besonderen Wert auf Datenschutz.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die:

MEDIZINICUM GmbH
Stephansplatz 3
20354 Hamburg
Telefon: 040 – 320 88 310

Mit den beigefügten Datenschutzinformationen für Patienten und diesem Dokument möchten wir Ihnen mitteilen, wie wir im Rahmen Ihrer Behandlung mit Ihren personenbezogenen Daten umgehen. Nach der Datenschutzgrundverordnung und dem Bundesdatenschutzgesetz sind wir als Verantwortliche für die Datenverarbeitung verpflichtet, Sie über die Datenverarbeitung durch uns zu informieren.

Falls Sie weitere Fragen oder Anmerkungen zu datenschutzrechtlichen Aspekten haben, können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Dieser ist unter den folgenden Kontaktdaten erreichbar:

datenschutz@klinikum-stephansplatz.de

Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung

Um Ihre personenbezogenen Daten und insbesondere Ihre Gesundheitsdaten für die unten konkretisierten Zwecke verwenden zu dürfen, wird Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung benötigt. Darüber hinaus unterliegt das Sie behandelnde ärztliche Personal der Schweigepflicht. Dementsprechend ist eine Schweigepflichtentbindung erforderlich, um den unten genannten Personen einen Zugriff auf Ihre Gesundheitsdaten zu gewähren. Die nachfolgende Erklärung enthält daher zugleich auch eine entsprechende Entbindung, wobei auch diese Dritten wiederum zur Verschwiegenheit verpflichtet werden.

Wir bitten Sie daher, diese Erklärungen entsprechend anzukreuzen und zu unterzeichnen. Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Hierzu wenden Sie sich bitte an info@klinikum-stephansplatz.de. Ein Widerruf kann jedoch zu Einschränkungen Ihrer medizinischen Versorgung durch das MVZ führen. Bitte beachten Sie, dass bei Beschränkungen der Nutzung der für die Behandlung erforderlichen Daten eine sachgerechte medizinische Versorgung nicht sichergestellt werden kann.

1. Ich willige ein, dass das MVZ die von mir in dieser Erklärung und künftig im Rahmen meiner Versorgung (einschließlich Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen) erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Adresse, E-Mail-Adresse, Größe, Gewicht und Gesundheitszustand zur Verbesserung meiner Behandlung und Qualitätssicherung erhebt, verarbeitet und nutzt. Für diese Zwecke erhalten auch weitere Ärzte und medizinisches Personal der Sanecum Gruppe GmbH Zugriff auf meine Daten, soweit dies notwendig ist.

Ja Nein

