

BEHANDLUNGSVERTRAG zwischen der Privatärztin Dr. med. Sabine Ott-Oechsle und:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Email-Adresse: _____

Zuverlässige Telefonnummer(n): _____

Hausarzt, Ort: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Selbstzahler: _____

Private Vollversicherung: _____

Name der Versicherung: _____

Beihilfeberechtigung bei: _____

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung.

Die Abrechnung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), diese liegt bei ärztlichen Leistungen beim 2,3-fachen Satz. Für besonders zeitaufwendige oder schwierige Leistungen kann sich der Faktor - mit entsprechende Begründung - auf das 3,5-fache erhöhen.

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis bzgl. der:

- Privatärztlichen Behandlung durch Fr. Dr. Sabine Ott-Oechsle
- Komplette Kostenübernahme des Behandlungshonorars nach Erhalt der Rechnung von der Privatärztlichen Abrechnungsstelle Dr. Hammerl (PAS).
- Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten und Befunde zum Zweck der Behandlung und verwaltungsmäßigen Abwicklung und Übermittlung an mitbehandelnde Ärzte + Leistungserbringer.
- Erstellung und Übermittlung eines Arztberichtes/Überweisung an Hausarzt/Fachärzte inkl. telefonischer Auskünfte und ggf. Übermittlung des Arztberichtes an die von Ihnen angegebene E-Mail-adresse.
- Nutzung meiner Daten für Terminerinnerung, Befundanforderungen
- Ich hatte Gelegenheit, zu Beginn der Behandlung die amtliche Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) einzusehen, um mich über die Entgelte ausreichend zu informieren.

Ich bestätige mit untenstehender Unterschrift auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages incl. der Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Praxisdaten.

Balzheim, den

Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige, Erziehungsberechtigte, gesetzliche Betreuer

Unterschrift Dr. med. Sabine Ott-Oechsle

Vorname*

Behandler (Praxisstempel)

Name, Vorname, Anschrift Patient/Patientin

Nachname*

geboren am

Geburtsdatum*

Straße, Nr.*

PLZ, Ort*



*nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen: gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränk. Geschäftsfähiger

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen.

Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG

Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
www.pas-hammerl.de

Telefon 09081 2926-0
Telefax 09081 2926-59
info@pas-hammerl.de

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in



PAS DR. HAMMERL