

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

Art. 12 ff. DSGVO i.V.m. §§ 32 ff. BDSG-neu

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

damit sich Ihre Ärztin/Ihr Arzt ganz Ihnen widmen kann und von zeitaufwändigen Verwaltungsarbeiten entlastet wird, hat er/sie sich dazu entschlossen, uns, die **aescumed-aerzteservice GmbH, 14055 Berlin**, Niederlassung 66386 St.Ingbert, Spitalstr. 11, mit der Rechnungsstellung und den damit verbundenen Abläufen zu beauftragen.

Die ärztliche Honorarforderung wird dabei nicht treuhänderisch an aescumed-aerzteservice GmbH abgetreten.

Wir gewährleisten die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung unter ärztlicher Aufsicht und in enger Zusammenarbeit mit unserem jahrelang in medizinischer Abrechnung geschulten Personal. Die aescumed-aerzteservice GmbH versteht sich als Mediator und ist ein stets erreichbarer, freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Rechnungsbelangen zur Entlastung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes. Die Mitarbeiter der Niederlassung St. Ingbert stehen Ihnen zu den telefonischen Sprechzeiten für Fragen jederzeit zur Verfügung. Grundsätzlich erhalten Sie von uns zwei Zahlungsaufforderungen.

Sollte daraufhin kein Zahlungsausgleich erfolgt sein, so gibt Ihre Ärztin/Ihr Arzt die Honorarforderung an die Creditreform Saarbrücken, Dr.Uthoff KG, Karcherstraße 10, 66111 Saarbrücken ab. Ihre Ärztin/Ihr Arzt kann mit der Creditreform vereinbaren, dass Sie die Möglichkeit haben, die ausstehende Honorarforderung trotz versäumter Fristen, in Teilbeträgen zu begleichen.

Empfänger der Daten ist die **aescumed-aerzteservice GmbH, 14055 Berlin**, Niederlassung 66386 St.Ingbert, Spitalstr. 11. Wir unterliegen, so wie Ihre Ärztin/ Ihr Arzt auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes

Wir möchten Sie bitten, sich die beigelegte Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von der **aescumed-aerzteservice GmbH** verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Wegfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht über die betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der **aescumed-aerzteservice GmbH (Rechtsanwaltskanzlei Krziscik, Herrn Rechtsanwalt Bernd Krziscik, Neugasse 25, 55566 Bad Sobernheim)**

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Wir wünschen Ihnen alles Gute und bedanken uns für Ihr Vertrauen

Ihre Elke Rosenberg (FÄ für Allgemeinmedizin)

Geschäftsführende Gesellschafterin der **aescumed-aerzteservice GmbH**

Einverständniserklärung gem. § 51 BDSG (neu) i.V.m. Art.6 Abs. 1a; 9 Abs. 1, 2a EU-DSGVO und Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in meiner Patientendatei bei meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt gespeicherten personenbezogenen Daten und Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Diagnose, Anschrift des Zahlungspflichtigen), sofern Sie zur Rechnungslegung und Bearbeitung notwendig sind, an die **aescumed-aerzteservice GmbH** übermittelt und von dieser elektronisch gespeichert werden. Hierbei bin ich damit einverstanden, dass die notwendige Korrespondenz einschließlich personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten) mit einfachem E-Mail-Versand geführt wird. Den entsprechenden Risiken eines unverschlüsselten E-Mail-Versandes bin ich mir bewusst.

Ferner entbinde ich den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin, sowie die **aescumed-aerzteservice GmbH** seiner/ihrer Schweigepflicht gemäß 203 StGB, soweit dies im Einzelfall zur Rechnungsbearbeitung und Sachverhaltsaufklärung notwendig ist.

Mir ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung **jederzeit für die Zukunft** von mir widerrufen werden kann.

Name Patient/Patientin	Vorname	Versicherung /	Selbstzahl(er)
Geburtsdatum	Beruf		
Straße- kein Postfach-	PLZ/Ort	Tel.Nr./Email für Rückfragen	
*gesetzlicher Vertreter/in	Vorname	Name	
Straße	PLZ/Ort (falls abweichend)		
Angaben zum Kostenträger, falls Ihr Versicherungstarif vom GOÄ-Normaltarif (1,8/2,3 Steigerung bis 3,5) abweicht :			

Zusätzlich erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Ärztin/ mein Arzt für den Fall der Nichtzahlung trotz zweimaliger Zahlungsaufforderung, die Creditreform Saarbrücken Dr. Uthoff KG, Karcherstraße 10, 66111 Saarbrücken mit der Beitreibung der offenen Forderung beauftragt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die **aescumed-aerzteservice GmbH** und die Creditreform Saarbrücken Dr. Uthoff KG berechtigt sind, Bonitätsauskünfte einzuholen.

Ich bestätige ferner, dass ich beide Seiten der Patienteninformation erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort / Datum Unterschrift Patient/Patientin*

*gesetzlicher Vertreter/in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Für Rückfragen steht mir das Büro St. Ingbert, Spitalstraße 11, 66386 St. Ingbert, während der telefonischen Sprechzeiten zur Verfügung (Tel.: 06894-895 7777/78, Fax: - 895 7779). Postfachadresse: 66363 St. Ingbert; Postfach 1307 oder 66386 St.Ingbert, Spitalstr.11