

Name, Vorname Anschrift Patient/Patientin

geboren am

Vorname*

Name*

Geburtsdatum*

Straße, Nr.*

PLZ, Ort*

* **nur bei abweichendem Rechnungsempfänger auszufüllen:** gesetzliche/r Vertreter/in bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen



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 kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

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. Weiterhin bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Datum

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

Behandler

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 verwaltungssintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können. Wir bitten Sie daher, die rückseitige 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

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

Informationen für Patienten nach Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns ausgesprochen wichtig. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten wir verarbeiten, steht Ihnen jederzeit unser Datenschutzbeauftragter zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG
Datenschutzbeauftragter
Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
Telefon 09081 2926-0
datenschutz@pas-hammerl.de

Beim Versand der Rechnung sowie eventueller Folgekorrespondenz bedienen wir uns eines Druckdienstleisters als Auftragsverarbeiter. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter datenschutz.pas.de.

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

Ihre PAS Dr. Hammerl

 **PAS DR. HAMMERL**
IHRE ZEIT. IHR GELD. UNSERE ERFAHRUNG.