



**MAMMOGRAPHIE SCREENING SÜDBADEN**

## Datenbogen privatversicherte Teilnehmerin

Sehr geehrte Damen,

wir bitten um Verständnis, dass wir für unsere Akten von Ihnen noch folgende Angaben benötigen:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....

Rechnungsadresse: .....

.....

Telefonnummer: .....

Versicherung: .....

Versicherungsnummer: .....

Sie erhalten drei Rechnungen, eine Rechnung von uns für die Erstellung der Mammographie, und zwei Rechnungen der beiden Befunder/innen, die die Mammographien bei uns in den Räumen befunden (gemäß Vereinbarung zwischen dem KBV und dem Verband der PKV)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Leistungen der Screening-Einheit nach der jeweils geltenden GOÄ in Rechnung gestellt werden.

.....

Datum/ Unterschrift

Dr. A. Büttner  
Diagnostische  
Radiologie

Dr. K. Weingard  
Diagnostische  
Radiologie

Wirthstr. 11A  
79110 Freiburg  
Telefon:  
0761/7671603  
Fax:  
0761/7671650  
E-Mail:  
buettnr.weingard@  
gmx.org



## **Mammographie Screening Südbaden**

Wirthstr. 11A

79110 Freiburg

Dr. Klaus Weingard, Dr. Alexander Büttner, PVÄ  
BSNr 57 77 001 00

### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Schweigepflichtentbindungs-/Abtretungserklärung zur Erstellung von Privatliquidationen**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeiten wir mit der

**MEDCOM  
ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH  
Gustav-Heinemann-Ufer 74 a  
50968 Köln**

als Abrechnungsstelle zusammen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen wie unser Personal den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Unsere Honorarforderung bzgl. der durchgeführten Behandlung treten wir an die Abrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung einzieht.

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihre Zustimmung zur Abtretung und Ihre Einwilligung gem. § 4a BDSG bzw. Art. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) zur Übermittlung der zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Einzugs der Forderung notwendigen persönlichen Daten an die o. g. Abrechnungsstelle. Insoweit entbinden Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin zugleich von der Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses sowie der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Abrechnungsstelle.

Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen, die dazugehörigen Diagnosen, Behandlungstage sowie Namen, Adresse, Geburtsdatum, Namen eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen, Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen. Im Fall von Untersuchungen nach Arbeitsunfällen kommen hinzu: Unfalltag, Unfallort, Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule sowie der Unfallversicherungsträger.

**Neben Ihrer Zustimmung zur Abtretung der Forderung Einwilligung in die Übermittlung der Daten an die o.g. Abrechnungsstelle erteilen Sie ebenfalls und ausdrücklich die Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten zur Weitergabe der Daten und zur Abtretung der Forderung.**

Die Daten werden nur zu o. g. Zwecken verwendet und nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben. Sie können die Einwilligung in die Datenübermittlung und die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft gegenüber Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift