



Fragebogen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon- / Mobilnummer

E-Mail

Grund Ihres Besuches

Grunderkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetis mellitus)

Allergien

Medikamente

Überweisender Hausarzt

Beruf

Information und Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ihre Daten sind für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Verantwortlicher i. S. d. Art. 13 Abs. 1 DSGVO ist das Medizinische Versorgungszentrum Chirurgicum Berlin, vertreten durch den ärztlichen Leiter, Herrn Dr. Yasar Sezgin. Datenschutzbeauftragter des MVZ ist Herr Yaser Abdulaziz Hajo. Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung und Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen an Drittanbieter ausschließlich zum Zwecke der Behandlung, wie z.B. der Terminvergabe und Koordination (Doctolib), der Abrechnung (private Abrechnungsunternehmen) oder Labore zur Befundung von medizinischem Probenmaterial zu. durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten (Gesundheitsdaten) bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern und an diese übermitteln darf. Mir ist bewusst, dass mir nach Art. 13 Abs. 2 der DSGVO das Recht auf Auskunft sowie Berichtigung oder Löschung zusteht, sofern dem nicht zwingende Gründe entgegenstehen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung zudem jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift



Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz und Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihrepvs.de/datenschutz
Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Adresse

Krankenversicherung / Kostenträger

Tarif

Ort, Datum

Unterschrift