

 Endoskopiezentrum Ulm Dr. von Dewitz & Kollegen MVZ GmbH	Internes Dokument		QS-ID-5.01.
	Einverständniserklärung - Patient		Stand Januar 2025
			Revision 001

Einverständniserklärung – Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt/Adresse: _____

Informationsweitergabe innerhalb der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. von Dewitz meine Befunde und Daten elektronisch dokumentiert und verarbeitet und dass das Praxispersonal Einsicht in diese Daten hat. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Ich konnte eine Praxisinformation in der Praxis bzw. auf der Praxishomepage zum Datenschutz einsehen und hatte die Möglichkeit Rückfragen zu stellen:

- Über den Umfang und die Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen

Informationen zu meiner Krankheit

Ich willige hiermit ein, dass die Praxis Dr. von Dewitz Befunde bei weiteren Leistungsbringern (z.B. Hausarzt, Labor, Krankenhaus, Facharztpraxis) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen u./o. Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer einschließlich privat- bzw. kassenärztliche Verrechnungsstellen übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir erhobene Befunde an den überweisenden Arzt, Hausarzt und mitbehandelnde Fachärzte übermittelt werden dürfen.

Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde und Arztbriefe elektronisch übermittelt werden dürfen (z.B. Fax, E-Mail, VPN-Leitungen).

Da **Terminerinnerungen und Terminänderungen** überwiegend per E-Mail und Doctolib erfolgen, bitten wir Sie nachfolgend Ihre E-Mail-Adresse einzutragen. **Ohne eingetragene E-Mail Adresse ist es uns nicht möglich einen Folgetermin mit Ihnen zu vereinbaren.**

*

E-Mail-Adresse _____

QS-Vermerk:	Druckdatum:	Februar 2023	Seite 1 von 2
Dateiname:	Id5.01., Einverständniserklärung-Patient		

 Endoskopiezentrum Ulm Dr. von Dewitz & Kollegen MVZ GmbH	Internes Dokument	QS-ID-5.01.
	Einverständniserklärung - Patient	Stand Januar 2025
		Revision 001

Recall

Ich bin damit einverstanden, dass das Endoskopiezentrum Ulm mich über den Behandlungsfall hinaus, an wichtige Untersuchungstermine schriftlich, telefonisch oder per E-Mail erinnert.

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. von Dewitz Informationen an den/die unten genannten Angehörigen weitergibt. Dafür entbinde ich die o.g. Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

*

Name des Angehörigen, Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum

Informationsweitergabe außerhalb eines persönlichen Kontaktes

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. von Dewitz Informationen an mich und meine/n oben angegebenen Angehörigen telefonisch/per Fax/E-Mail übermitteln darf.

Widerrufsrecht

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Über die Folgen eines Widerspruchs bin ich informiert worden. Mir ist bekannt, dass ich auch getroffene Erklärungen auf ergänzenden Einverständniserklärungen (Magenspiegelung, Darmspiegelung, Enddarmuntersuchungen, Kapselendoskopie, Magenballon) jederzeit schriftlich widerrufen kann.

*

Ort, Datum

*

Unterschrift Patient/in

QS-Vermerk:	Druckdatum:	Februar 2023	Seite 2 von 2
Dateiname:	Id5.01._Einverständniserklärung-Patient		

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Terminmanagementsystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Terminmanagementsoftware für alle unsere Patienten (unabhängig davon, ob der Patient ein Doctolib Nutzerkonto für die Onlinebuchung hat oder nicht), um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in das Doctolib Terminmanagementsystem eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch uns ist Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Doctolib wird dann als unser Auftragsverarbeiter tätig (Art. 28 DSGVO). Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib wird vertraglich auf die Schweigepflicht gemäß den §§ 203, 204 StGB verpflichtet. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung.

Um Terminausfälle zu vermindern, werden Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnert, wenn Sie Ihren Termin online gebucht haben. Wenn Sie keine solchen Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

☐ Ja, ich möchte Recalls erhalten.

☐ Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Name: _____

Datum : _____

Unterschrift: _____



Vereinbarung zur Abrechnung von Privatleistungen (GOÄ)

Name: _____

Krankenversicherung: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Privatrechnung wie folgt abgerechnet wird:
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Ich bin regulär-privatversichert, d.h. bei normalem Schwierigkeitsgrad werden Leistungen nach dem 2,3-fachen Satz abgerechnet und Laborleistungen bis 1,15-fachen Satz, bei besonders schwierigen Leistungen kann eine Steigerung des Satzes bis zum 3,5-fachen Satz durchgeführt werden.
- ☐ Ich bin KVB-versichert, d.h. alle Leistungen werden nach dem 2,2-fachen Satz abgerechnet.
- ☐ Ich bin Postbeamten-B-versichert, d.h. alle Leistungen werden nach dem 1,9-fachen bis 2,3-fachen Satz, bei begründeten schwierigen Untersuchungen bis 3,5-fachen Satz abgerechnet.
- ☐ Ich bin privat-basisversichert und erkläre mich einverstanden, dass alle Leistungen nach dem 2,2 fachen GOÄ-Satz abgerechnet werden.
- ☐ Ich bin Selbstzahler, d.h. bei normalem Schwierigkeitsgrad werden Leistungen nach dem 2,3-fachen Satz abgerechnet und Laborleistungen bis 1,15-fachen Satz, bei besonders schwierigen Leistungen kann eine Steigerung des Satzes bis zum 3,5-fachen Satz durchgeführt werden. Die Zahlung erfolgt vor Ort direkt nach Untersuchungen in bar oder EC.

Mündliche Nebenabreden bezüglich der ärztlichen Vergütung bestehen nicht.

Datum, Unterschrift: _____



PVS BW

Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG (kurz PVS BW), Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart, einverstanden.
 2. Ich stimme zu, dass die PVS BW die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS BW Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
 3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS BW schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS BW mehr statt.
- ☐ Ich möchte meine Rechnung per E-Mail über das datenschutzsichere Portal, www.einfach-einrechnen.de erhalten! (Falls ja, bitte ankreuzen)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigte*: _____

*(Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)