



Stammdaten

**Prof. Dr. med. Roland Freudenmann
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Schloßstr. 15, 89233 Neu-Ulm/Reutti**

Vorname NACHNAME:.....

Geschlecht:

geboren am:

Adresse:.....

.....

(falls abweichend: bei Mitversicherung/Familienversicherung

Versicherter:, geb. am:.....)

Anschrift:.....)

Telefon-Nummer:.....

Mobiltelefon-Nummer:.....

Email-Adresse:

Krankenversicherung:.....

Ich komme (bitte ankreuzen) als **Privatversicherter** als **Selbstzahler**

Gesetzlicher Stellvertreter/Betreuer, Vorsorge-/Generalbevollmächtigte(r):

.....

Hausarzt:....., **Ort:**.....

.....

Neu-Ulm, Datum

x

Unterschrift des Patienten / Rechnungsempfängers
bzw. rechtlichen Stellvertreters



Behandlungsvertrag

zwischen

**Prof. Dr. med. Roland Freudenmann
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Schloßstr. 15, 89233 Neu-Ulm/Reutti**

und

Patientin/Patient:

geboren am:

Adresse:

(falls abweichend: bei Mitversicherung/Familienversicherung

Versicherter:, geb. am:.....)

Anschrift:.....)

wird vereinbart, dass sämtliche Leistungen gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) abgerechnet werden und insofern eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen nicht gegeben ist.

Bei der Abrechnung findet der sog. "Schwellenwert" Anwendung. Dieser liegt für rein ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungen beim 2,3fachen, für technische Leistungen beim 1,8fachen und für Laborleistungen beim 1,15fachen des jeweiligen Einzelsatzes. Für besonders zeitaufwendige oder schwierige Leistungen (bzw. Zusatzuntersuchungen) kann sich der Faktor für ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungen - mit entsprechender Begründung - auf das 3,5fache erhöhen.

Sollte der nach §5 Absatz 2 der GOÄ definierte ärztliche Gebührenrahmen die ärztliche Leistung nicht ausreichend honorieren, werden eventuell abweichende Faktoren ggf. durch eine separate Honorarvereinbarung anerkannt.

Bei der Rechnungsstellung kommen eventuell Analogziffern zum Ansatz.

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ muss eine Leistung, die im Gebührenverzeichnis nicht enthalten ist, entsprechend einer gleichwertigen Leistung berechnet werden. „Art, Kosten- und Zeitaufwand“ sind Vergleichskriterien, die zur Präzisierung der Gleichwertigkeit aufgenommen wurde.

Bitte beachten Sie, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z.B. Beihilfe oder Krankenversicherung) möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist und Ihnen dadurch ein Eigenanteil verbleiben kann.

Etwas abweichende Versicherungsbedingungen können nicht berücksichtigt werden.

Mit seiner Unterschrift erklärt der Patient/die Patientin sein/ihr Einverständnis, dass alle erbrachten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen auf Grundlage der GOÄ bzw. GOP in Rechnung gestellt werden und - soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist - der Rechnungsbetrag selbst zu begleichen ist. Dies kann u.U. eine erhebliche finanzielle Belastung bedeuten.

Gleichzeitig wird mit der Unterschrift bestätigt, dass die Gelegenheit bestand, zu Beginn der Behandlung die amtliche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Psychotherapeuten (GOÄ, GOP) einzusehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren. Der Zahlungspflichtige hat einen Abdruck dieser Vereinbarung erhalten.

.....
Neu-Ulm, Datum

x
Unterschrift des Patienten / Rechnungsempfängers

.....
Unterschrift Praxis, Prof. Freudenmann



Abrechnungsstelle

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 verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nachstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten PAS verarbeitet, steht Ihnen jederzeit der Datenschutzbeauftragte zur Verfügung:

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG

Datenschutzbeauftragter

Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen

Telefon: 09081 2926-0 oder E-Mail: datenschutz@pas-hammerl.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.

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Name, Vorname des Patienten: _____

Geb. Datum des Patienten _____

(Name, Vorname des Vertreters * _____)

(Geb. Datum des Vertreters * _____)

*nur bei abweichenden Rechnungsempfängern (z. B. bei Personen unter 18 Jahren, Geschäftsunfähigen)

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. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte.

Ferner ist mir 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 von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung und den Einzug der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

Neu-Ulm, den _____ X _____

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter



Datenschutz und Kommunikation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Wahrung von **Diskretion und Verschwiegenheit** sind uns ein großes Anliegen. Dasselbe gilt für den **Schutz Ihrer persönlichen und gesundheitlichen Daten bzw. Informationen**.

Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet, und welche Rechte Sie gesetzlich beim Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: PRIVATPRAXIS SCHLOSSSTRASSE, Prof. Freudenmann

Adresse: Schloßstraße 15, 89233 Neu-Ulm/Reutti

Kontakt Daten: Tel.: 0731 – 2507 9374, www.privatpraxis-schloßstrasse.de, E-mail: info@privatpraxis-schloßstrasse.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Kliniken oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann dies erhebliche Nachteile für Ihre Behandlung und Risiken zur Folge haben.

3. EMPFANGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Laborgemeinschaften, Krankenkassen, Rentenversicherungen, das Amt für Familie und Soziales, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt einerseits zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, andererseits zur Klärung / Mitteilung von medizinischen Befunden und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Zur Sicherung der Datenbank im Falle eines technischen Defekts werden Ihre Daten sowohl auf dem Praxisserver als auch auf externen Festplatten gespeichert.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten **Auskunft** zu erhalten. Auch können Sie die **Berichtigung** unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter



bestimmten Voraussetzungen das Recht auf **Löschung** von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

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. Die Anschrift der für uns zuständigen **Aufsichtsbehörden** lautet:

- Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81677 München www.blaek.de

- Ärztlicher Bezirksverband Schwaben, Frohsinnstraße 2, 86150 Augsburg <https://www.aebv-schwaben.de>

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Um Sie optimal behandeln zu können, ist ein Informationsaustausch aber mit Ihren anderen behandelnden Ärzten oft sinnvoll (für Vorbefunde, aber auch Ihre Weiterbehandlung).

Auch in unserer Praxis müssen eine Vielzahl von schutzwürdigen Daten erhoben, archiviert und auch digitalisiert auf elektronischen Medien gespeichert werden.

Um Ihnen größtmögliche Kontrolle über Ihre Behandlungsdaten zu geben, händigen wir Ihnen in der Regel **Briefe/Befundberichte direkt persönlich** aus. **Sie entscheiden selbst über die Weitergabe Ihrer Informationen.** Vor dem Hintergrund des Datenschutzes **verzichten wir** auf das **Faxen von Befunden** und wir **übermitteln keinerlei Informationen an Ihren Hausarzt.**

7. TERMINVERGABE, -MANAGEMENT UND SEKRETARIAT

Die PRIVATPRAXIS SCHLOSSSTRASSE kontaktiert Sie, wenn Sie nicht selbst Termine über unser Online-Buchungsportal gebucht haben, für Terminplanungen und –erinnerungen telefonisch oder per E-Mail.

Diese Aufgaben werden von Mitarbeitern der PRIVATPRAXIS SCHLOSSSTRASSE erbracht, für unsere Filiale in Neu-Ulm Innenstadt (Reuttier Str. 27, 89231 NU) auch vom Patientenmanagement der Curamed Kliniken, Albstadt.

JA, ich erkläre mich damit **einverstanden.**

NEIN, ich erkläre mich damit **nicht einverstanden.** Ich wünsche ausdrücklich **keine Kontaktaufnahme auf diesen Wegen** und nehme in Kauf, auf Terminausfälle, -verschiebungen etc. nicht kurzfristig hingewiesen werden zu können.

Neu-Ulm, den _____

✕ _____
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter