

VEREINBARUNG

über die Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen nach § 18 Abs. 8 Nr. 2 i. V. m. § 41 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte zwischen Dr. med. Christoph Lamm und

Name..... Vorname.....

Straße..... PLZ/Ort.....

Telefon..... Handy.....

E-Mail.....

Geburtsdatum..... Versicherung.....

Versicherungsnummer.....

Ich bin als gesetzlich krankenversicherter Patient für stationäre, teilstationäre und vor- und nachstationäre ärztliche Leistungen privat zusatzversichert.

Daher wünsche ich die Durchführung der im Rahmen der vorgesehenen stationären Behandlung erforderlichen ärztlichen Leistungen als privatärztliche Behandlung auf eigene Kosten.

Die Berechnung der durchgeführten ärztlichen und sonstigen medizinischen Leistungen, auch im Falle einer Konsiliartätigkeit, erfolgt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils geltenden Fassung. Die GOÄ liegt im Sekretariat des behandelnden Arztes zur Einsichtnahme aus. Die Rechnungslegung erfolgt ausschließlich durch den o. g. Arzt persönlich. Ich verpflichte mich zur Zahlung der entstehenden Kosten an Herrn Dr. Lamm nach Rechnungslegung, unabhängig davon, ob eine Erstattung der geltend gemachten Gebühren von meiner Versicherung erfolgt.

Eine Abtretung der Ansprüche aus diesem Behandlungsvertrag einschließlich etwaiger Ansprüche, die auf Rückzahlung eines zuviel gezahlten Arzthonorars gerichtet sind, ist grundsätzlich ausgeschlossen und bedarf im Einzelfall der ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung des behandelnden Arztes.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Weitergabe der für die Rechnungserstellung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Krankenunterlagen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Privatärztliche Abrechnungsstelle des behandelnden Arztes, die Privatärztliche Verrechnungsstelle Niedersachsen (PVS), einverstanden. Hierzu entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Honorarforderung erforderlich ist.

Ich wurde vor Abschluss dieser Vereinbarung von meinem Arzt davon unterrichtet, dass die o. g. von mir gewünschten Leistungen nicht Gegenstand der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind und daher auch nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden. Insoweit besteht auch kein Anspruch auf Kosten-erstattung gegenüber meiner Krankenkasse.

Datum.....

Unterschrift Patient/
Zahlungspflichtiger..... Unterschrift Arzt.....

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Damit wir bei Ihnen die notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Diese Daten werden von uns elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt. Wir möchten Sie darüber unterrichten, dass dies nach §§ 4 Abs. 1 und 28 Abs. 7 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) grundsätzlich auch ohne Einwilligung der betroffenen Personen zulässig ist, wenn – wie vorliegend – die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung erforderlich ist.

Hiervon ausgehend bedarf es daher nicht einer ausdrücklichen Einwilligung Ihrerseits in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis. Dennoch möchten wir Sie über die maßgeblichen Hintergründe informieren. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Übrigen selbstverständlich nicht nur für die behandelnden Ärzte, sondern für das gesamte Praxispersonal.

Unabhängig davon bedarf es jedoch im Hinblick auf die Korrespondenz (z. B. Arztbrief) mit Ihrem Hausarzt oder – soweit erforderlich – anderen Ärzten, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Information untereinander ist bei der Behandlung durch mehrere Ärzte wichtig und sinnvoll und dient auch der Vermeidung überflüssiger Doppeluntersuchungen. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Daher dürfen wir Sie auch im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einwilligungserklärung

Ich geb.

erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis HNO im Zentrum Dr. Lamm, die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde (Anamnese, Laborwerte, Ergebnisse messtechnischer und bildgebender Diagnostik) an meinen Hausarzt

.....

zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung nach § 73 Abs. 1b Satz 2 Halbsatz 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) übermittelt.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die Praxis HNO im Zentrum Dr. Lamm, die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gem. § 73 Abs. 1b Satz Halbsatz 2 SGB V erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis HNO im Zentrum Dr. Lamm, die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Datum Unterschrift

§ 73 Abs. 1b SGB V:

„Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Der Hausarzt darf die ihm nach den Sätzen 1 und 2 übermittelten Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind; er ist berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer mit dessen schriftlicher Einwilligung, die widerrufen werden kann, zu übermitteln. § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 bleibt unberührt. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen mit dessen Einverständnis vollständig zu übermitteln; der neue Hausarzt darf die in diesen Unterlagen enthaltenen personenbezogenen Daten erheben.“