

Terminbestätigung für eine Homöopathische Erstanamnese



Liebe Eltern und Patienten,

Sie haben Ihr Kind oder sich selbst bei mir zu einer klassisch-homöopathischen Erstanamnese angemeldet. Als einführende Lektüre in diese für Sie vielleicht noch unbekanntes Therapieform kann ich Ihnen das Buch

„Patientenratgeber Homöopathie“ von Dr. Jürgen Moritz, Verlag Bernhard Möller, ISBN 978-3-9812365-1-4 empfehlen.

Den vereinbarten Termin können wir Ihnen nur freihalten, wenn diese Terminbestätigung bis spätestens 1 Woche vor dem Termin bei uns eintrifft. Da ich Ihnen für die Erstanamnese einen Zeitraum von bis zu 2 Stunden freihalte, bitte ich Sie herzlich um pünktliches Einhalten des Termins. Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte spätestens 3 Werktage im Vorhinein - anderenfalls muss ich Ihnen die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen.

Für telefonische Fragen sind meine Mitarbeiterinnen

Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 08 – 11 Uhr

gerne persönlich für Sie erreichbar.

Außerhalb dieser Zeiten nutzen Sie bitte die Möglichkeit, Termine online zu vereinbaren unter der-rabendoktor.de/termine.

Hier können Sie sich auch für meine telefonischen Rückrufzeiten anmelden.

Wenn ich nicht in meiner Praxis bin, können Sie in akuten Notfällen versuchen, mich unter der Telefonnummer 08152.980204 zu erreichen.

Die Klassische Homöopathie wird als zeitaufwändige und gesprächsintensive Therapie von den gesetzlichen Krankenkassen leider unverändert nicht adäquat vergütet. Sie erhalten für meine Bemühungen daher über die Firma Arco, die die Privatliquidation für meine Kinderarztpraxis durchführt, eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Kosten für die nur einmal anfallende Erstanamnese betragen bei Kindern je nach Zeitdauer und Schwierigkeitsgrad zwischen € 150 und € 250.

Während die privaten Kranken- und Zusatzversicherungen diese Kosten meist vollständig erstatten, ist eine Kostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen in der Regel nicht oder nur eingeschränkt möglich – ob und wenn ja welche Kosten übernommen werden, teilt Ihnen Ihre Krankenkasse auf Anfrage sicher gerne mit.

Bringen Sie zu unserem Termin bitte unbedingt das gelbe Untersuchungsheft und den Impfpass Ihres Kindes, eventuell vorhandene Unterlagen über bisher erfolgte Untersuchungen und Behandlungen (Arztbriefe, ...) und eventuell vorhandene Unterlagen über bisher erfolgte homöopathische Behandlungen (Name und Potenz der verordneten Mittel) mit.

Kind

Gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

(!)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Telefon Festnetz/mobil:

Krankenversicherung:

Termin und Uhrzeit:

Ort, Datum

Unterschrift

Kinderarztpraxis Der Rabendoktor | Dr. Steffen Rabe | Gottfried-Keller-Str. 12 | 81245 München

Damit wir Ihnen den Termin freihalten können, senden Sie diese Bestätigung bitte **innerhalb einer Woche** per Post oder fax (089.89217979) zurück. Unter www.der-rabendoktor.de/zugang können Sie uns die Unterlagen auch SSL-verschlüsselt über meine Internetseite zukommen lassen.

Bitte senden Sie uns keine personenbezogenen Daten in einer unverschlüsselten Email!

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten liegt uns sehr am Herzen – Herzlichen Dank für Ihr Verständnis!

Anmeldung



Kinderarztpraxis Der Rabendoktor
Dr. med. Steffen Rabe
Arzt für Kinderheilkunde, Individuelle Impfberatung,
Klassische Homöopathie
Gottfried-Keller-Straße 12, 81245 München

Daten des Patienten/des Kindes

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Anschrift:

Daten des Versicherten/Rechnungsempfängers/gesetzlichen Vertreters

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon/Handy:

E-Mail:

Straße: PLZ: Ort:

Krankenversicherung/Kostenträger:

Versicherungstarif: () Privat () Selbstzahler

Der Unterzeichner gibt sein Kind in die Behandlung der o. g. Praxis und ist sich bewusst, dass alle Leistungen über eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gestellt werden und eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich ist.

1. Einwilligung zur Abtretung/Übertragung der Forderung (ärztliche Schweigepflicht)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die o.g. Praxis bei der Anmeldung zum Zweck der Erstellung und dem Versand der Rechnung sowie zur Einziehung der Rechnung (Inkasso) und der gerichtlichen Durchsetzung der Forderung und gegenüber der privaten Krankenversicherung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen und Formulare etc. an die Firma Arco VerrechnungsSysteme GmbH, Hindenburgstr. 23a, 21335 Lüneburg weitergibt. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Arco Inkasso GmbH, Hindenburgstr. 23a, 21335 Lüneburg für die außergerichtliche Durchsetzung der Rechnung meinen Namen, meine Anschrift, den Rechnungsbetrag und die Rechnungs-Nr. erhält. Insoweit bin ich damit einverstanden und entbinde die Praxis ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH als Forderungsinhaberin auftreten werden und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit die sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Arco VerrechnungsSysteme GmbH und Arco Inkasso GmbH zu erheben und geltend zu machen sind und die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt als Zeuge vernommen werden kann.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei Erschwerungen mit Begründung die ärztlichen Leistungen gem. GOÄ vom 2,3-fachen bis auf den 3,5-fachen Satz und die medizinisch-technischen Leistungen vom 1,8-fachen bis auf den 2,5-fachen Satz gesteigert und in Rechnung gestellt werden können und das ich Privatrechnung(en) vollständig ausgleiche, unabhängig von der Erstattungsleistung Dritter. Dies betrifft auch die Abrechnung von Analogleistungen. Mögliche Rückzahlungsansprüche gegen den Arzt an jegliche Dritte abzutreten oder diesbezüglich einem gesetzlichen Forderungsübergang zuzustimmen, bedürfen der Zustimmung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin.

2. Einwilligung zur Datenschutzgrundverordnung (weitere Datenschutzinformationen auf der Rückseite!)

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von der Praxis und der Arco VerrechnungsSysteme GmbH verarbeitet werden zum Zweck der Erstellung und zum Versand der Honorarrechnung sowie der Einziehung und der gerichtlichen Durchsetzung. An Arco Inkasso GmbH werden für den außergerichtlichen Einzug der Rechnung nur mein Name, meine Anschrift, der Rechnungsbetrag und die Rechnungs-Nr. übermittelt. Notwendige Laboruntersuchungen werden durch Labore bzw. deren beauftragte Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt, sofern sie nicht direkt durch die Praxis erbracht werden. Ich erkläre mich einverstanden mit der möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunftsei zur Prüfung meiner Bonität. Die Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu den vorgenannten Zwecken erstreckt sich auch auf besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Art. 9 der Datenschutz-Grundverordnung, welche ggf. aus den Daten hervorgehen, so z. B. Informationen zu Diagnosen, Therapien, Verordnungen u. sonstige Gesundheitsdaten.

Unterschriften zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und die Einwilligung zum Datenschutz:

Ich versichere, hinsichtlich der in 1. und 2. genannten Einwilligung zur Behandlung des Patienten/des Kindes auch vom nicht anwesenden weiteren Sorgeberechtigten bevollmächtigt zu sein.

Datum: Unterschrift:
Patient (ab 14. Lebensjahr)

Datum: Unterschrift:
Gesetzliche / Bevollmächtigte Vertreter (in)

Informationen gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Identität des Verantwortlichen:

1. Verantwortlicher ist der behandelnde Arzt/die behandelnde Arztpraxis/MVZ/Klinikum (s. Anmeldung Seite 1)
Datenschutzbeauftragter des Verantwortlichen zu 1 (falls erforderlich – bitte ergänzen):
Nicht erforderlich!

2. Weitere Verantwortliche sind:

Arco VerrechnungsSysteme GmbH, Hindenburgstraße 23a, 21335 Lüneburg, Tel: 04131 2637 0
Fax: 04131 2637 500, Email: info@arcogmbh.de, Internet: www.arcogmbh.de

Arco Inkasso GmbH, Hindenburgstraße 23a, 21335 Lüneburg, Tel: 04131 2637 190,
Fax: 04131 2637 199, Email: info@arcoinkasso.de, Internet: www.arcoinkasso.de

Kontakt Daten Datenschutzbeauftragter der Arco VerrechnungsSysteme GmbH und Arco Inkasso GmbH:

RA Thomas Brehm, Tel. 040 349999 00, Fax: 040 3499990 10, Email: bbs@bbs-law.de

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage:

Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zweck der Vertragsabwicklung mit der Arztpraxis, nämlich Erstellung der Privatliquidationen, dem Versand und dem Forderungsmanagement sowie der Rechtsverfolgung (außergerichtliche und gerichtlichen Geltendmachung durch die Verantwortlichen zu 2). Rechtsgrundlage sind der Vertrag und die auf der Vorderseite erteilte datenschutzrechtliche Einwilligung und die Einwilligung bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datenkategorien und Datenherkunft:

Die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH verarbeiten nachfolgende Kategorien von Daten: Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare. Diese Datenkategorien werden der Arco VerrechnungsSysteme GmbH und der Arco Inkasso GmbH von unserem Auftraggeber (siehe oben Nr. 1) übermittelt. Des Weiteren können beide Unternehmen zur Sicherung und zum Einzug der Forderung Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien und Adressanfragen beim Einwohnermeldeamt einholen. Ohne diese Auskünfte und Daten sind die Erstellung und der Einzug einer Privatliquidation nicht möglich.

Empfänger:

Im Rahmen der Erstellung der Privatliquidation, dem Einzug und Inkasso werden die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH Ihre Daten an die Arztpraxis übermitteln. Im Rahmen des Inkassoverfahrens werden Ihre Daten an folgende Kategorien von Empfängern übermittelt, sofern dies zum Einzug der Forderung erforderlich ist: Auskunfteien, Einwohnermeldeämter, Gerichte, Gerichtsvollzieher, Arco Inkasso GmbH, Rechtsanwälte.

Dauer der Speicherung:

Nach Zahlung der ausstehenden Forderung und nach Beendigung des Inkassoverfahrens prüfen die Arco VerrechnungsSysteme GmbH und die Arco Inkasso GmbH nach Ablauf von drei Jahren, ob Ihre Daten noch benötigt werden und einer Löschung gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen (z.B. 10-jährige Aufbewahrungspflicht von Patientenunterlagen für Arztpraxen etc.).

Rechte der betroffenen Person:

Ihnen stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte nach Art. 15 bis 22 DS-GVO zu: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und der Datenübertragbarkeit. Außerdem steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung zu, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen nach Maßgabe von Art. 21 DS-GVO vorliegen. Sie können Ihre Einwilligung nach Art. 7 Absatz 3 DS-GVO jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bleibt bis zu Ihrem Widerruf erhalten.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:

Sie haben gemäß Art. 77 DS-GVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift für unser Unternehmen: Die Landesbeauftragte für Datenschutz Niedersachsen, Frau Barbara Thiel, Prinzenstr. 5, 30150 Hannover, Telefon: 0511-120 4500, Fax: 0511-120 4599, Email: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Datenschutzbehörde der Arztpraxis: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach, Telefon: 09 81/53 1300, Telefax: 0981/53 98 1300, Email: poststelle@lda.bayern.de