

Terminbestätigung und Wahlleistungsvereinbarung für eine ausführliche Impfberatung in meiner Praxis



Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Patienten,

Sie haben sich bei mir zu einem ausführlichen Beratungsgespräch über Schutzimpfungen angemeldet.

Die jeweils aktuellen Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sind in Deutschland höchstrichterlich als „medizinischer Standard“ definiert – ich kann, darf und werde in unserem Gespräch daher keine hiervon abweichenden ausdrücklichen *Empfehlungen* aussprechen.

Die Impfscheidung für Ihr Kind dürfen, sollen und müssen *Sie* treffen – erfahrungsgemäß tauchen hierbei zahlreiche Fragen auf: zu den Impfempfehlungen als solchen, zu einzelnen Erkrankungen und Impfungen oder auch zu von diesen Empfehlungen abweichenden Impfstrategien. Meine Aufgabe wird es sein, Ihnen diese Fragen nach bestem Wissen zu beantworten und Ihnen in und nach diesem Gespräch für Ihre Impfscheidung mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Angesichts der Vielzahl der mittlerweile von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen bitte ich Sie, sich bereits im Vorfeld unseres Termins zu informieren – je mehr Sie schon wissen, desto gezielter können wir dann auf Ihre verbleibenden Fragen eingehen, um Ihnen eine verantwortungsvolle Impfscheidung zu ermöglichen.

In meinen Augen sinnvolle Informationsquellen (auch einen link zu den aktuellen Empfehlungen der STIKO) finden Sie auf meiner Internetseite (der-rabendoktor.de) unter: *Für Sie!(Lese-)Stoff für Sie*.

Ungeachtet der für eine verantwortungsvolle Impfscheidung unentbehrlichen und von Medizinerinnen und Juristen zurecht eingeforderten, ausführlichen und detaillierten Aufklärung zum schwierigen Thema der Schutzimpfungen sieht die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) keine Gebührensätze für die Abrechnung einer Impfberatung vor.

Da der für unser Gespräch eingeräumte Zeitrahmen von bis zu 30 Minuten mit den normalen Beratungssätzen der GOÄ (Ziffern 1 oder 3) nicht adäquat vergütet wird, rechne ich diese Beratung über die GOÄ-Ziffer 4 „Unterweisung von Bezugspersonen“, oder, wenn die Beratung im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung stattfindet, über eine entsprechende Steigerung der Ziffer 26 für Vorsorgeuntersuchungen ab.

Je nach tatsächlicher Zeitdauer unseres Gespräches kommt hier bei der Ziffer 4 ein Steigerungssatz von 4,5-fach (entspricht € 57,69) bis 6,0-fach (entspricht € 76,94) zur Anwendung, bei der Ziffer 26 von maximal 5,0-fach. Ich muss Sie darauf hinweisen, dass auch eine private Krankenversicherung von dieser Summe unter Umständen einen Teil nicht erstattet.

Sollten Sie den vereinbarten und bestätigten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens drei Werktage vor dem eigentlichen Termin ab – andernfalls muss ich Ihnen die für Sie reservierte Zeit in Rechnung stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den obigen Text gelesen und verstanden zu haben und Sie erklären sich mit dem Abrechnungsmodus einverstanden.

Bitte beachten Sie, dass Sie einen **Beratungstermin in meiner Praxis (keine telefonische Beratung!)** vereinbart haben.

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