

Zwischen
Dr. med. Eva Oni

XXXX
XXXX

(nachfolgend Ärztin)

und

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Versicherungsträger



(nachfolgend Patient*in) wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Die Privatliquidation erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und etwaiger Analogziffern.
2. Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung aufgeführt.
3. Mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des/der Patienten*in ist es der Ärztin gestattet, Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen zu lassen.
4. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.
5. Der/die Patient*in verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar unabhängig davon zu begleichen, ob eine (Teil-)Erstattung der entstandenen Kosten durch Erstattungsstellen erfolgt.
6. Versäumt der/die Patient*in einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er der Ärztin ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Ausgenommen davon sind rechtzeitige Terminabsagen (mindestens 24 Stunden vor vereinbartem Termin, textlich oder telefonisch) und nicht schuldhaftes Nichterscheinen des/der Patienten*in. Der Nachweis darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon ebenso unberührt, wie der Nachweis eines höheren Schadens durch die Ärztin.
7. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft gekündigt werden.
8. Sofern der/die Patient*in nicht im Normaltarif einer Privaten Krankenversicherung versichert ist und auf Antrag einen Sondertarif (Basistarif oder Standardtarif) bewilligt bekommen hat, so hat er diesen Tarif durch Vorlage des Schreibens der Privaten Krankenkasse nachzuweisen.

Ich bestätige, den Inhalt dieses Behandlungsvertrags zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.
Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich, eine Privatbehandlung zu wünschen.

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Essen

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin

Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) schreibt Ärzt*innen vor, dass sie ihre Patient*innen über:

- die erhobenen Daten des/der Patient*in
 - den Zweck der Datenverarbeitung
 - ihre Rechte in Bezug auf den Datenschutz
- aufklären müssen.

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen (Art. 13 Abs. 1a DS-GVO)

Privatärztliche Praxis Dr. med. Eva Oni | Musterweg 1 | 12345 Musterhausen
0123-4567890 | datenschutz@mustermann.de

Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1c DSGVO)

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben und ist zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich. Bei den erhobenen personenbezogenen Daten handelt es sich neben Ihre Kontaktdaten auch um Ihr Geburtsdatum sowie ihre Gesundheitsdaten. Hierzu zählen unter anderem Diagnosedaten und Befunde. Diese Daten werden auch zum Zweck der Abrechnung mit externen Versicherungen und Abrechnungsdienstleistern verwendet. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Kontaktdaten ist im Art. 6 Abs. 1b DSGVO (Vertragserfüllung) begründet. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten ergibt sich aus dem Art. 9 Abs. 2a DSGVO (Einwilligung).

Datenübermittlung an Dritte (Art. 13 Abs. 1e DSGVO)

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte erfolgt nur dann, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem externe Versicherungen und Abrechnungsdienstleister sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Übermittlung in Drittländer (Art. 13 Abs. 1f DSGVO)

Es erfolgt keine Übermittlung in Drittländer.

Speicherdauer gemäß gesetzlicher Aufbewahrungspflichten (Art. 13 Abs. 2a DSGVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden nur gespeichert, solange die Kenntnis der Daten für die erhobenen Zwecke erforderlich ist oder gesetzliche sowie vertragliche Aufbewahrungsvorschriften bestehen. Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch (Art. 13 Abs. 2b DSGVO)

Als Betroffener haben Sie jederzeit das Recht auf Auskunft und Berichtigung. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten, auf Einschränkung der Verarbeitung, sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Bitte wenden Sie sich hierzu an den Verantwortlichen unter den angegebenen Kontaktdaten.

Beschwerderecht (Art. 13 Abs. 2d DSGVO)

Als Betroffener können sie sich bei Beschwerden jederzeit an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden.

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Kavalleriestraße 2-4 | 40213 Düsseldorf | Telefon: 0211-38424-0 | Fax: 0211-38424-999 | poststelle@ldi.nrw.de

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die zuvor genannten Punkte zur Kenntnis genommen und verstanden habe und in die beschriebenen Erhebungen, Verarbeitungen und Nutzungen meiner Daten einwillige. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung, soweit nachstehend keine abweichenden Vereinbarungen getroffen sind, jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Vor dem Widerruf erfolgte Nutzungen und Verarbeitungen bleiben von dem Widerruf unberührt.

Ort, Datum Unterschrift Patient*in