SPORTHOPAEDICUM
leben ist bewegen

Behandlungsvertrag

zwischen

der sporthopaedicum straubing – berlin – regensburg MVZ-Trägergesellschaft GbR,

vertreten durch die Gesellschafter Dipl.-Sportwiss. Dr. Tomas Buchhorn, Dr. Alexander Schütz, Dr. Arno Schmeling, Prof. Dr. Dr. Max J. Kääb, Prof. Dr. Peter Angele, Dr. Frank Schneider, Univ.-Prof. Dr. Thore Zantop Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickert, Prof. Dr. Stefan Greiner, Dr. Michael Wagner, Priv.-Doz. Dr. Sven Scheffler, Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth, Prof. Dr. Dennis Liem, Prof. Dr. Johannes Zellner, Dr. Christian Groß, Priv.-Doz. Dr. Viktor Janz, Prof. Dr. Andreas Voss, Priv.-Doz. Dr. Serafeim Tsitsilonis, Dr. Franz Hilber,

Bahnhofplatz 27, 94315 Straubing

und

Name/Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gem. § 18 Abs. 8 BMV-Ä/§ 21 Abs. 8 EKV

Hiermit wird vereinbart, dass sämtliche Leistungen während des stationären Aufenthalts gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden und insofern eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen nicht gegeben ist.
Mit seiner Unterschrift erklärt der Patient, dass er die Erbringung von privatärztlichen Leistungen wünscht und die Kosten hierfür auf Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Form einer Privatrechnung abgerechnet werden. Ihm ist bekannt, dass die von ihm gewünschten Leistungen zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, er wünscht jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation. Der Patient hat für die von ihm gewünschte Behandlung keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse. Der Rechnungsbetrag wird von ihm geschuldet, unbeachtlich einer etwaigen Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z. B. private Krankenzusatzversicherung).
Gleichzeitig wird mit der Unterschrift bestätigt, dass der Patient Gelegenheit hatte, zu Beginn der Behandlung die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einzusehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter

_____
Unterschrift des Arztes

BITTE WENDEN!

*Donau-Universität Krems

sporthopaedicum straubing
Bahnhofplatz 27
94315 Straubing
Telefon 09421 99570
Telefax 09421 9957199

sporthopaedicum berlin
Bismarckstraße 45 - 47
10627 Berlin
Telefon 030 92105993
Telefax 030 4146841

sporthopaedicum regensburg
Straubinger Straße 28-30
93055 Regensburg
Telefon 0941 46392912
Telefax 0941 698596140

V2.22 12/24

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

für Patienten mit privater Zusatzversicherung

PATIENT/IN

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Mobilrufnummer
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	Versicherung

GESETZLICHER VERTRETER BZW. ABWEICHENDER RECHNUNGSEMPFÄNGER: (falls erforderlich)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Mobilrufnummer
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	

ZUSATZERKLÄRUNG BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN:
Hiermit versichere ich ausdrücklich, dass auch der abwesende Sorgeberechtigte seine Einwilligung erteilt hat.

Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass der untenstehende Leistungserbringer

- zum Zwecke der Erstellung der Rechnungen sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Rechnungsbetrag, Laborrechnungen, Befunde, Formulare etc. weitergibt an die

  Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH -Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg (im Folgenden „Verrechnungsstelle")

  Insoweit entbinde ich den Leistungserbringer sowie die Verrechnungsstelle ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Leistungserbringer die sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Verrechnungsstelle abtritt; zur Refinanzierung darf die Verrechnungsstelle Forderungen aus meinen Behandlungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf oder die Commerzbank AG, Frankfurt/Main sicherungsweise weiterabtreten.
- Ich bin mir bewusst, dass nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Verrechnungsstelle zu erheben bzw. geltend zu machen sind und dass der Leistungserbringer als Zeuge vernommen werden kann.
- Ein Widerruf dieser Erklärung für die Zukunft kann gegenüber der Verrechnungsstelle oder gegenüber dem Leistungserbringer erfolge
- Meine personenbezogenen Daten werden von der Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die unten stehenden Informationen zum Datenschutz gelesen zu haben. Auf Wunsch wird mir eine Ausfertigung dieser Erklärung ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Stempel Leistungserbringer

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ DER DR. MEINDL U. PARTNER VERRECHNUNGSSTELLE

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Leistungserbringer arbeitet mit uns zusammen, um den hohen administrativen Aufwand zu reduzieren, der mit der Abrechnung von Privatliquidationen verbunden ist. Damit möchte Ihr Leistungserbringer sich auf das Wichtigste konzentrieren: Ihre Bedürfnisse als Patient. Daher bitten wir Sie, die vorstehend abgedruckte Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung und die Bereitstellung Ihrer Daten sind freiwillig, d.h. sie ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Behandlung erforderlich. Anderenfalls wird Ihr Leistungserbringer die Privatliquidation selbst abrechnen, einziehen und ggf. gerichtlich durchsetzen.

Als Verrechnungsstelle gilt die Schweigepflicht für uns genauso streng wie für Ihren Leistungserbringer. Wie Ihr Leistungserbringer müssen wir datenschutzrechtliche Vorschriften beachten. Eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nachfolgend informieren wir Sie über Ihre daraus folgenden Rechte:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU Datenschutzgrundverordnung. Ansonsten kann/muss der Leistungserbringer selbst abrechnen.

Ihre rechnungsbezogenen Daten löschen wir unverzüglich, wenn die gesetzlichen oder behördlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre) abgelaufen sind und der Zweck der Verarbeitung erreicht wurde. Bei Zweckerfüllung vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen wird die Datenverarbeitung eingeschränkt (Sperrung der Daten).

Es ist Ihr gutes Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten wir verarbeiten. Selbstverständlich können Sie zudem von uns beanspruchen, dass wir falsche oder unvollständige personenbezogene Daten berichtigen. Ihnen steht nach den gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Bei allen Fragen rund um das Thema Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen ihn über

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH – Datenschutzbeauftragter - Willy-Brandt-Platz 20 - 90402 Nürnberg
Tel.: 0911 98478 301 - eMail: datenschutz@verrechnungsstelle.de

Daneben können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Für uns ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach zuständig.

Ihre
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle