

# Anmeldung für Privatpatienten



Orthopädie am St. Lambertiplatz  
Dr. med. Robert Bethke  
St. Lambertiplatz 6  
21335 Lüneburg

## Daten des Patienten/des Kindes

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Telefon: .....  
Handy: ..... Fax: .....

## Daten des Versicherten/Rechnungsempfängers/gesetzlichen Vertreters

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Telefon/Handy: .....  
Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
Krankenversicherung/Kostenträger: .....

### Versicherungstarif:

Normaltarif  KVB I-III  KVB IV  Basistarif  Standardtarif  POST-B  Sonstige.....

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die o.g. Praxis zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der gerichtlichen Durchsetzung der Forderung 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 Forderung 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 dass 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 nach der Datenschutzgrundverordnung (Belehrung auf der Rückseite!)

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von der Praxis und der Arco VerrechnungsSysteme GmbH erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung. An Arco Inkasso GmbH werden nur mein Name, meine Anschrift, der Rechnungsbetrag und die Rechnungs-Nr. für die außergerichtliche Geltendmachung 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 Auskunftstelle zur Prüfung meiner Bonität.

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

Datum: ..... Unterschrift: .....  
Patient  
Datum: ..... Unterschrift: .....  
Gesetzliche (r) Vertreter (in)

## Informationen gemäß Art. 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) für Arztpraxen

### 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):**

2. Weitere Verantwortliche sind: Arco VerrechnungsSysteme GmbH, Hindenburgstraße 23a, 21335 Lüneburg, Tel: 04131 2637 0, Fax: 04131 2637 500; Email: [info@arcogmbh.de](mailto:info@arcogmbh.de), Internet: [www.arcogmbh.de](http://www.arcogmbh.de)

Arco Inkasso GmbH, Hindenburgstraße 23a, 21335 Lüneburg, Tel: 04131 2637 190, Fax: 04131 2637 199; Email: [info@arcoinkasso.de](mailto:info@arcoinkasso.de), Internet: [www.arcoinkasso.de](http://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](mailto: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 gerichtliche 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 prüft 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 nach Art. 14 Abs. 2 c in Verbindung mit Art. 21 DS-GVO ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung zu, die auf Art. 6 Abs. 1 f DS-GVO beruht. 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](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

### Datenschutzbehörde der Arztpraxis (bitte ergänzen):