

**Einwilligungserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten in der Hausarztpraxis****Name / Vorname / Geburtsdatum:**

---

**Adresse:**

---

**Telefonnummer:**

---

**E-Mail-Adresse:**

---

**Notfallkontakt mit Telefonnummer:**

---

Ich bin damit einverstanden, dass in der Hausarztpraxis Dangel und Prill meine oben angegebenen persönliche Daten erfasst und für medizinische Zwecke verarbeitet werden. Mir ist bewusst, dass alle Informationen gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt und ausschließlich für medizinische Zwecke verwendet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt / liegt in den Praxisräumen aus. Ich habe keine Rückfragen zu Umfang und die Art meiner Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

**Ich erkläre mich einverstanden, dass**

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, **Informationen und Terminerinnerungen** über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort Datum

Unterschrift

---





Praxisstempel/  
Stempel des  
Verantwortlichen

## Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG (kurz: PVS BW) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck der Vorfinanzierung und des Einzuges an die PVS Finanzservice GmbH (kurz: PVS F), beide Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS BW die Leistungen meines Arztes in Rechnung stellen und für die PVS F einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungs Begründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS BW einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung wird die PVS BW Prozesspartei und mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS BW bzw. PVS F schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS BW bzw. der PVS F mehr statt.

**Bitte beachten Sie die Informationen auf der Rückseite.**

Name, Vorname

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Vertretungsberechtigte\*

(\*Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

# Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die **Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG, Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart** (kurz: PVS BW), einer im Jahr 1923 gegründeten berufsständischen Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Die Vorfinanzierung der Forderung soll für die Dauer des Forderungseinzuges über die PVS Finanzservice GmbH (kurz: PVS F), Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart, eine 100%ige Tochtergesellschaft der PVS BW erfolgen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist **freiwillig**. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig!

Empfänger der Daten ist die PVS BW und die PVS F. Die PVS BW und die PVS F unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS BW als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter **Tel.: 0711 / 72 01-0 bzw. E-Mail: info@pvs-bw.de**.

Die von der PVS BW und PVS F verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS BW und PVS F (**datenschutz@pvs-bw.de**).

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der »Information gemäß Art. 13 DSGVO«, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter [www.pvs-bw.de](http://www.pvs-bw.de).

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Königstrasse 10 a, 70173 Stuttgart  
E-Mail: [poststelle@ldi.bwl.de](mailto:poststelle@ldi.bwl.de)

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**