



**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung  
Schweigepflichtentbindungserklärung  
zur Erstellung von Privatliquidationen**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeiten wir mit der

**MEDCOM  
ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH  
Gustav-Heinemann-Ufer 74 a  
50968 Köln**

als Abrechnungsstelle zusammen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen wie unser Personal den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Die Abrechnungsstelle erstellt die Rechnung im eigenen Namen und zieht die Honorarforderung für uns ein.

**Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihre Einwilligung gem. § 4a BDSG bzw. Art. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) zur Übermittlung der zum Zwecke der Rechnungsstellung und des zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Einzugs der Forderung notwendigen persönlichen Daten an die o. g. Abrechnungsstelle. Insoweit entbinden Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin zugleich von der Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses sowie der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Abrechnungsstelle.**

Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen, die dazugehörigen Diagnosen, Behandlungstage sowie Namen, Adresse, Geburtsdatum, Namen eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen, Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen. Im Fall von Untersuchungen nach Arbeitsunfällen kommen hinzu: Unfalltag, Unfallort, Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule sowie der Unfallversicherungsträger. Diese erforderlichen Unterlagen und Daten werden per Datenfernübertragung (DFÜ, verschlüsselte E-Mail oder per entsprechend abgesicherten Upload) im standardisierten Format gemäß der PAD-Schnittstellenbeschreibung der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) zur Verfügung gestellt.

**Neben Ihrer Einwilligung in die Übermittlung der Daten an die o.g. Abrechnungsstelle erteilen Sie ebenfalls und ausdrücklich die Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten zur Weitergabe der Daten.**

Die Daten werden nur zu o. g. Zwecken verwendet und nicht ohne ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben. Sie können die Einwilligung in die Datenübermittlung und die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft gegenüber Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift