ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE
Dr. Schumacher und Kolleg:innen

Herzlich Willkommen

Sehr geehrte Damen und Herren,
um Ihnen einen diskreten und möglichst angenehmen Erstkontakt zu ermöglichen, bitten wir Sie freundlichst, folgende Fragen zu beantworten. Sollten Fragen Ihrerseits bestehen, so wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

Name. Vorname **Geburtsdatum**

Bei Minderjährigen bitte Namen des Erziehungsberechtigten angeben:

Name, Vorname **Geburtsdatum**

Wohnort **Straße**

Telefon Privat **Telefon Geschäft**

Mobil **E-Mail**

Versicherungsträger **Empfohlen bzw. zugewiesen durch**

Beihilfeberechtigt? Ja / Nein **Sind Sie ein Schrittmacherträger? Ja / Nein**

Kaiserallee 36 • 76185 Karlsruhe
Tel +49(721) 627 677-0
Fax +49(721) 627 677-24
info@zim-ka.com
www.zim-ka.de

ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE

Behandlungsvertrag

zwischen

Herrn/Frau …….

……..……..
Patient/in: Name, Adresse, Geburtsdatum; bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter

und dem privatärztlichen Zentrum für integrative Medizin - Dr. Schumacher und Kollegen

wird Folgendes vereinbart:

1. Für das Honorar gilt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Als Vergütung stehen dem Arzt nach GOÄ Gebühren, Entschädigungen (Wegegeld, Reiseentschädigung) und Ersatz von Auslagen zu. Der Patient ist Honorarschuldner des Arztes.

2. Ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können laut §6 (2) GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden (Analogziffern).

3. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient/in, dass

   a) er auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation durch die Versicherung oder Beihilfe hingewiesen wurde,

   b) ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde,

   c) er Informationen über den Datenschutz (DSGVO) in der Praxis erhalten hat.

Ort und Datum	Unterschrift des Patienten/in, ggf. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift behandelnder Arzt/Ärztin: _____

ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE

Patientenerklärung

Hiermit erkläre ich,

Herr/Frau …….

……..……...
Patient/in: Name, Adresse, Geburtsdatum; bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter

dass ich im privatärztlichen Zentrum für integrative Medizin – Dr. Schumacher und Kollegen

die privatärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wünsche.

Bitte ausfüllen und ankreuzen:

o Ich bin privat krankenversichert bei der ……. (Name der Versicherung) ohne/mit Beihilfeberechtigung und akzeptiere die volle Honorarhöhe mit dem Schwellenwert 2,3 bzw. 1,8 sowie bei Begründung die Steigerung mit dem Faktor 3,5 bzw. 2,5. Ich bin bereit, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet/erstatten.

o Ich bin privat krankenversichert, habe jedoch einen besonderen Tarif (Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife) mit nachfolgend festgelegten Steigerungssätzen ……. bei der ……..……..…… (Name der Versicherung).

o Bei besonderer Behandlungsnotwendigkeit bin ich bereit, einen Teil der Kosten selbst zu tragen. Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Basistarif, Standardtarif und in einigen Sondertarifen nicht alle Leistungen der Praxis erstattet werden.

o Ich bin nicht privat krankenversichert (Selbstzahler) und bezahle die gesamte Behandlung - ohne einen Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger - selbst.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten nur so lange wie notwendig in der praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne meine Erlaubnis weitergegeben werden.

Ort und Datum	Unterschrift des Patienten/in, ggf.

ZENTRUM FÜR
integrative Medizin
KARLSRUHE

Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren • Innere Medizin • Sportmedizin • Chirotherapie • Osteopathie • Orthomolekulare Medizin
Spezielle Schmerztherapie • Organzelltherapie • Umweltmedizin • F.X. Mayr-Kur • TCM / Akupunktur • Ernährungsmedizin

Einwilligung nach Artikel 7 DSGVO, § 51 DSAnpUG (BDSG neu) und § 73 1b SGB V

Vor- und Nachname: _____

☐ Hiermit willige ich ein
in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung nach § 630a Absatz 1 BGB und anderen Verordnungen.

☐ Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB zur Übermittlung meiner Daten per Fax und Email an mit- und weiterbehandelnde Ärzte. Zusätzlich willige ich in die Zusendung meiner Befunde/Dokumente an die hier genannte Faxnummer/E-Mail-Adresse:

_____ein.

☐ Sämtliche Informationen über die Datenerhebung nach Artikel 13 und 14 DSGVO wurden mir zur Verfügung gestellt.

☐ Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.

☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, von der Praxis Dr. Schumacher und Kolleg:innen an regelmäßige Intervall-Termine erinnert zu werden.
Wir werden Sie telefonisch, per E-Mail oder per Post kontaktieren.

☐ Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐ hiermit entbinde ich das Zentrum für integrative Medizin gegenüber den nachfolgenden Personen von der Schweigepflicht:
Name, Geb. Datum: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in _____

Kaiserallee 36 • 76185 Karlsruhe
Tel +49(721) 627 677-0
Fax +49(721) 627 677-24
info@zim-ka.com
www.zim-ka.de

Auszug aus Art. 7 DSGVO
Bedingungen für die Einwilligung

1. Beruht die Verarbeitung auf einer Einwilligung, muss der Verantwortliche nachweisen können, dass die betroffene Person in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten eingewilligt hat.

Auszug aus § 51 BDSG (neu)
Einwilligung

1. Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten nach einer Rechtsvorschrift auf der Grundlage einer Einwilligung erfolgen kann, muss der Verantwortliche die Einwilligung der betroffenen Person nachweisen können…

Auszug aus § 203 StGB
Verletzung von Privatgeheimnissen

1. Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1.1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,…

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Auszug aus § 73 SGB V
Versorgung, Verordnungsermächtigung

1. Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen…

Auszug aus § 630a BGB
Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

1. Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

PVS BW
Erfolg gestalten. Gemeinsam.

Private Krankenversicherung (freiwillige Angabe)

Name, Vorname und Anschrift des Patienten | Geburtsdatum

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 Rechnungsbegründung 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.

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@lfdi.bwl.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

BW EWE St mit VZ V3 03.01.2023