

# Behandlungsvertrag mit Kassenpatienten über das Erbringen von Selbstzahlerleistungen / Individuellen Gesundheitsleistungen

Hiermit erkläre ich,

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

dass ich in der

Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg GbR,  
vertreten durch Dr. med. Simone Modro-Splitt und Dr. med. Roland Michalski,

die Durchführung der folgenden Individuellen Gesundheitsleistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte aus 1996 (GOÄ) wünsche:

-----  
(Reise-) Impfberatung, Schutzimpfung  
-----

Im Rahmen der ärztlichen Beratung/Behandlung werden voraussichtlich folgende Gebühren gemäß Gebührenordnung für Ärzte aus 1996 (GOÄ) anfallen:

GOÄ-Nr.	Leistungstext	Wert	Faktor	Betrag
3	(Reise-) Impfberatung	8,74 €	2,30	20,11 €
1	Beratung, Indikationsstellung gem. STIKO/WHO	4,66 €	2,30	10,72 €
5	Untersuchung, Feststellung der Impffähigkeit	4,66 €	2,30	10,72 €
375	Schutzimpfung	4,66 €	2,30	10,72 €

Der Patientin/dem Patienten ist bekannt, dass die genannten Leistungen, die sie/er ausdrücklich wünscht, aus Sicht des Arztes/Ärztin medizinisch sinnvoll aber nicht medizinisch notwendig sind. Die genannten Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und sind daher von ihr/ihm nach der GOÄ aus 1996 zu bezahlen.

Der Patientin/dem Patienten ist ferner bekannt, dass ihr/ihm in der Regel keine Ansprüche gegen seine Krankenversicherung auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung zustehen.

Zudem bestätigt die Patientin/der Patient mit ihrer/seiner Unterschrift, dass sie/er von der Ärztin/dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden ist.

Mit der Unterschrift bestätigt die Patientin/der Patient den Empfang einer Kopie dieses Vertrages.

*Ort und Datum*

-----  
*Unterschrift Patient/in, ggf. des gesetzlichen Vertreters*

*Ort und Datum*

-----  
*Unterschrift Arzt/Ärztin*

## Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

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

Sehr geehrter Patient (m/w/divers),

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 PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS) zu beauftragen. Die PVS NDS ist eine im Jahr 1948 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. 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.

Empfänger der Daten ist die PVS NDS. Die PVS NDS unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS NDS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter der Telefonnummer 0541 335 3697 bzw. Mail: [info@pvs-niedersachsen.de](mailto:info@pvs-niedersachsen.de). Mit der Beitreibung von Honorarforderungen, zu denen ein Zahlungsverzug eintritt, soll die Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST), beauftragt werden. Auch bei dieser handelt es sich um eine berufsständische Vereinigung, deren Mitarbeiter der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Wir möchten Sie 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.

Die von der PVS NDS verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Die von der RST verarbeiteten Rechnungsdaten werden nach Beitreibung der Honorarforderung 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 NDS ([datenschutz@pvs-niedersachsen.de](mailto:datenschutz@pvs-niedersachsen.de)) oder die RST ([zentrale@rst-hannover.de](mailto:zentrale@rst-hannover.de)). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS NDS sowie die PVS-Transparenzerklärung finden Sie auf [www.pvs-niedersachsen.de/transparenz](http://www.pvs-niedersachsen.de/transparenz). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der RST finden sie auf [www.rst-hannover.de/datenschutz](http://www.rst-hannover.de/datenschutz).

### Diese Einwilligungserklärung ist für Ihren behandelnden Arzt!

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 **ausschließlich für den Beschwerdefall** lauten:

Landesbeauftragte für den Datenschutz  
Prinzenstr. 5  
30159 Hannover  
Mail: [poststelle@fd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@fd.niedersachsen.de)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

BSNR: 072046600  
Gemeinschaftspraxis  
Salzgitter-Lichtenberg GbR  
Dr. med. S. Modro-Splitt  
Dr. med. R. Michalski  
Zollnweg 22a  
38228 Salzgitter  
Tel: 05341-85380  
Fax: 05341-853820

Praxisstempel

# 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, Telefonnummer zum Zweck der Adressermittlung) sowie der Weitergabe der Honorarforderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Osterstraße 60, 30159 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.

**2.** Sollte es über die Berechtigung der Honorarforderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.

**3.** Ich bin auch mit der Weitergabe der erforderlichen persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsdaten, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen) zum Zweck der Beitreibung sowie Abtretung der Honorarforderungen an die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST) einverstanden.

**4.** Diese Erklärung gilt auch für Honorarforderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS / RST mehr statt.

## Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

\_\_\_\_\_  
**Patient** - Nachname / Vorname (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Patient m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
ggf. Nachname / Vorname - gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

identisch mit Patientendaten

\_\_\_\_\_  
**Rechnungsempfänger** - Nachname / Vorname (m/w/divers)

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter (m/w/divers)

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

Kassenpatient u. wünsche Privatbehandlung     Normale private Krankenversicherung     Beihilfeberechtigt

**Besondere Versicherungen:**     Post B     KVB

**Besondere Tarife:**     Basistarif\*     Standardtarif\*     Studententarif\*

\*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)

Kostenträger / Versicherung: \_\_\_\_\_