

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Tel.: Ihr Hausarzt:

Vorname: Mobil: Krankenkasse:

geb. am: E-Mail:

Straße:

PLZ: Ort:

X Ihr Tarif: PostB KVB (I-III) KVB (IV)
 Basis Student Beihilfe
 Privatversichert Selbstzahler

(zutreffendes bitte ankreuzen)

VEREINBARUNG ZUR PRIVATÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und der CENTRUM VITAE® – MVZ GMBH DR. GHIASSI & KOLLEGEN wird mit Ihrer Unterschrift ein Behandlungsvertrag geschlossen. Ihr behandelnder Arzt kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des/der Patientin/Patienten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen lassen.

Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung stets erklärend aufgeführt.

Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Dabei kann leider gelegentlich der Eindruck entstehen, dass Abrechnungsinhalte nicht korrekt oder unberechtigt seien. Bei Fragen zu ihrer Rechnung bitten wir die Patienten daher, sich direkt mit dem Privatärztlichen Abrechnungsinstitut bzw. mit uns in Verbindung zu setzen. Es ist für uns selbstverständlich, bei der Klärung von Unstimmigkeiten oder Unklarheiten behilflich zu sein.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne ausdrückliche Erlaubnis des Patienten weitergegeben.

Bitte beachten Sie:

Wenn sich Ihre angegebenen Daten ändern (Telefon, Anschrift oder Versicherung), sind Sie verpflichtet, uns dies umgehend mitzuteilen. Mit meiner 1. Unterschrift bestätige ich, dass ich diesen Hinweis gelesen habe:

X Datum: Unterschrift:
(gültig bis auf Widerruf) Unterschrift Patient(in)

...oder Erziehungsberechtigte(r): Name und Vorname ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Mit meiner 2. Unterschrift gebe ich die Zustimmung für den Behandlungsvertrag:

X Datum: Unterschrift:
(gültig bis auf Widerruf) Unterschrift Patient(in)

...oder Erziehungsberechtigte(r): Name und Vorname ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Wie haben Sie vom CENTRUM VITAE® erfahren?
Über Ihre freiwilligen Angabe würden wir uns freuen.

- Empfehlung durch Patienten Magazine
 über unsere Webseite Instagram
 im Internet allgemein Facebook

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, die von uns im Rahmen des gesetzlichen Versorgungsauftrages von Ihnen erhobenen Daten benötigen wir zur Durchführung Ihrer Behandlung.

Wir geben Sie zur Beantragung und Abrechnung mit Ihrem Kostenträger im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen weiter. Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte zu anderen als den zur Erfüllung des Versorgungsauftrages genannten Zwecken findet nicht statt, es sei denn, Sie willigen hierzu gesondert ein. Sobald der Zweck der Datenverarbeitung entfällt, werden wir Ihre Daten löschen. Dafür gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Ihnen stehen die Betroffenenrechte gem. Art. 15-23 DSGVO zu. Das bedeutet, dass Sie Auskunft über Ihre Daten ersuchen und ggf. eine Berichtigung verlangen können. Sie haben ein Recht auf Löschung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung. Ebenfalls steht Ihnen ein Anspruch auf Einschränkung der Nutzung und Datenübertragbarkeit zu. Sie können sich bei Ihrer Aufsichtsbehörde beschweren. Natürlich können Sie sich aber auch mit Ihrem Anliegen an uns wenden oder an unseren Datenschutzbeauftragten unter der E-Mail Adresse: m.wagner@medavo.de