

Privat	KVB I-III	KVB IV	Post B	BG	Standard-Tarif	Basis-Tarif	Student
Name des Zahlungspflichtigen				Vorname			
Ehegatte, Sohn, Tochter				geb. am			
Straße							
PLZ		Wohnort					

- Stempel des Verantwortlichen - (Praxis/Klinik)

EINVERSTÄNDNIS- UND SCHWEIGEPFLICHTSENTBILDUNGSERKLÄRUNG

1. Für die Abrechnung und Geltendmachung der bei mir erbrachten ärztlichen Leistungen bin ich mit der Weitergabe meiner Daten an die Medal Medizinische Abrechnung GmbH, Siemensstraße 3, 64859 Eppertshausen einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich insbesondere auf die der Patientenkartei entnommenen Informationen wie Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten. Die Verarbeitung der Patientendaten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Rechnungserstellung (Abrechnung der privat-beziehungsweise wahlärztlichen Leistungen) und des Inkassos.
2. Der/die behandelnde Arzt/Ärztin beziehungsweise Klinik bleibt Inhaber der Forderung. Die Medal Medizinische Abrechnung GmbH ist gemäß Art. 4 Nr. 8 DSGVO Auftragsverarbeiter und verarbeitet die Daten lediglich auf Weisung. Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken ist ausgeschlossen und untersagt. Dabei ist mir bewusst, dass die Medal Medizinische Abrechnung GmbH den Druck und Versand der Rechnungen durch die DATEV eG, Paumgartnerstraße 6-14, 90429 Nürnberg veranlasst.
3. Ich entbinde den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin sowie die ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeiter:innen der Praxis oder der Klinik gegenüber der Medal Medizinische Abrechnung GmbH in dem unter 1. und 2. beschriebenen Umfang ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich die Mitarbeiter:innen der Medal Medizinische Abrechnung GmbH von deren Schweigepflicht, soweit dies für die unter 1. aufgeführten Zwecke erforderlich ist.
4. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig, das heißt bei einer Weigerung entstehen keine Nachteile. Diese Erklärung gilt vorbehaltlich eines Widerrufs auch für Vorgänge, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der Medal Medizinische Abrechnung GmbH widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/
gesetzlicher Vertreter/Vertretungsberechtigter*

Name, Vorname (sofern mit den oben genannten
Daten nicht identisch)

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