

## Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters \*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \*

Ich habe davon Kenntnis, dass die DataMed GmbH die Behandlung meines Arztes mir gegenüber in Rechnung stellt und die an die DataMed übermittelten Daten zu meiner Person dort gespeichert werden. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 BDSG. Im Falle eines Rechtsstreites ist die Verrechnungsstelle Prozesspartei und der Arzt würde gegebenenfalls als Zeuge gehört werden.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie etwa Rechnungsempfänger, Patient, Geburtsdatum, Diagnosen, die für die Abrechnung der jeweiligen konkreten ärztlichen Leistung erforderlichen Daten an die DataMed GmbH, Helmholtzstr. 4, 53123 Bonn, Telefon 0228 652232. Soweit es für die genannten Zwecke und die Einholung einer Bonitätsauskunft erforderlich ist, entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darüber informiert, dass DataMed Bonitätsauskunft einholt. Zu diesem Zweck entbinde ich die DataMed von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 6 StGB). Im Rahmen der Stichprobenprüfung nach § 29 Abs. 2 Satz 5 i. V. m. § 10 Abs. 4 Satz 3 BDSG werden lediglich die für die Prüfung des berechtigten Interesses erforderlichen Daten (Name und Adresse des behandelnden Arztes, Name und Adresse des Patienten, Rechnungsbetrag) übermittelt. Diagnosen, Befunde, Gebührenziffern, Facharztbezeichnung u. ä. werden nicht übermittelt. Ferner bin ich mit der Abtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die DataMed einverstanden.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von mir widerrufen werden. Die Mitarbeiter unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Streichungen und Änderungen dieses Textes sind nicht zulässig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters