



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Schweigepflichtentbindungs- /Abtretungserklärung zur Erstellung von Privatliquidationen

*Patientenetikett*

### Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG)

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit für diese Informationen.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von uns 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 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 MEDCOM ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH zu beauftragen.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die beigefügte 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 MEDCOM ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH, sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

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. Es besteht das Recht zum Widerruf der Einwilligung. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der MEDCOM ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH,  
E-Mail: [datenschutz@medcom-service.de](mailto:datenschutz@medcom-service.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:  
Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf  
Telefon 0211/38424-0, Telefax 0211/38424-999, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)  
(Schutzbedürftige Daten sollten nicht unverschlüsselt per E-Mail oder via Telefax übertragen werden.) Homepage: [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Schweigepflichtentbindungs- /Abtretungserklärung zur Erstellung von Privatliquidationen

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

Patientenetikett

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung  
arbeitet die *Karl-Olga-Krankenhaus GmbH* mit der

**MEDCOM**  
**ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH**  
**Gustav-Heinemann-Ufer 74 a**  
**50968 Köln**

zusammen.

Hierzu ist es erforderlich, dass die *Karl-Olga-Krankenhaus GmbH* der vorgenannten Abrechnungsstelle Daten zu Ihrer Person übermittelt. Die MEDCOM GmbH ist verpflichtet, diese Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag mit der *Karl-Olga-Krankenhaus GmbH* ergebenden Aufgaben zu verarbeiten.

Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen, die dazugehörigen Diagnosen, Behandlungstage sowie Namen, Adresse, Geburtsdatum, Namen eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen, Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen. Im Fall von Untersuchungen nach Arbeitsunfällen kommen hinzu: Unfalltag, Unfallort, Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule sowie der Unfallversicherungsträger.

Die Honorarforderung bzgl. der durchgeführten Behandlung tritt die *Karl-Olga-Krankenhaus GmbH* an die MEDCOM GmbH ab. Das bedeutet, dass die MEDCOM GmbH die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung einzieht. Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung wird die MEDCOM GmbH Prozesspartei und der behandelnde Arzt kann als Zeuge gehört werden.

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihre Zustimmung zur Abtretung der Forderung und Ihre Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) zur Übermittlung der zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Einzugs der Forderung notwendigen persönlichen Daten an die o. g. Abrechnungsstelle. Insoweit entbinden Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin zugleich von der Verpflichtung zur Einhaltung des Datenschutzes (Wahrung des Datengeheimnisses) sowie der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der MEDCOM GmbH.

**Neben Ihrer Einwilligung zur Abtretung der Forderung und Übermittlung der Daten an die o.g. Abrechnungsstelle erteilen Sie ebenfalls und ausdrücklich die Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten zur Weitergabe der Daten und zur Abtretung der Forderung.**

Die Daten werden nur zu o. g. Zwecken verwendet und nicht ohne ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben. Sie können die Erklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft formlos gegenüber der *Karl-Olga-Krankenhaus GmbH* widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/gesetzliche Vertreter/Vertretungsberechtigte.  
(Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

---

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