



# Stammdaten

**Professor Dr. Roland Freudenmann**  
Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie

Schloßstr. 15  
89233 Neu-Ulm

**Patienten-Name u. Vorname:**.....

**geboren am:** .....

**Adresse (PLZ, Ort, Strasse, Hausnummer):** .....

.....

( falls abweichend:

Versicherter:.....

geboren am: ..... )

**Telefon-Nummer:**.....

**Mobiltelefon-Nummer:**.....

**Email-Adresse:** .....

**Krankenversicherung:**.....

Ich komme (bitte ankreuzen) als  **Privatversicherter**  als **Selbstzahler**

**Gesetzlicher Stellvertreter/Betreuer, Vorsorge-/Generalbevollmächtigte(r):**

.....

**Hausarzt:**....., Ort:.....

.....  
Neu-Ulm/Reutti, Datum

✕ .....  
Unterschrift des Patienten / Rechnungsempfängers  
bzw. rechtlichen Stellvertreters

# Behandlungsvertrag

**zwischen**  
**Professor Dr. Roland Freudenmann**  
**Facharzt für Psychiatrie**  
**und Psychotherapie**

**Schloßstr. 15**  
**89233 Neu-Ulm**

**und der Patientin/dem Patienten:** .....

geboren am: .....

Anschrift: .....

( falls abweichend

Versicherter : ..... )

geboren am: ..... )

Anschrift:.....)

wird vereinbart, dass sämtliche Leistungen gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden und insofern eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen nicht gegeben ist.

Bei der Abrechnung findet der sog. "Schwellenwert" Anwendung. Dieser liegt für rein ärztliche Leistungen beim 2,3fachen, für technische Leistungen beim 1,8fachen und für Laborleistungen beim 1,15fachen des jeweiligen Einzelsatzes. Für besonders zeitaufwendige oder schwierige Leistungen (bzw. Zusatzuntersuchungen) kann sich der Faktor für ärztliche Leistungen - mit entsprechender Begründung - auf das 3,5fache erhöhen.

Etwaig abweichende Versicherungsbedingungen können nicht berücksichtigt werden.

Mit seiner Unterschrift erklärt der Patient sein Einverständnis, dass alle erbrachten ärztlichen Leistungen auf Grundlage der GOÄ in Rechnung gestellt werden und - soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist - der Rechnungsbetrag von ihm selbst zu begleichen ist. Dies kann u.U. eine erhebliche finanzielle Belastung bedeuten.

Gleichzeitig wird mit der Unterschrift bestätigt, dass der Patient Gelegenheit hatte, zu Beginn der Behandlung die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einzusehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren.

Der Zahlungspflichtige hat einen Abdruck dieser Vereinbarung erhalten.

.....  
Neu-Ulm/Reutti, Datum

**x** .....  
Unterschrift des Patienten / Rechnungsempfängers

.....  
Unterschrift Praxis, Prof. Freudenmann



# Abrechnungsstelle Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragt. PAS unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht ebenso wie wir selbst. Selbstverständlich behandelt PAS Ihre Behandlungsdaten streng vertraulich. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit Ihrer Behandlung widmen können.

Wir bitten Sie daher, die nachstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen. Sollten Sie Fragen haben, welche Ihrer Daten PAS verarbeitet, steht Ihnen jederzeit der Datenschutzbeauftragte zur Verfügung:

## **PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG**

Datenschutzbeauftragter

Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen

Telefon: 09081 2926-0 oder E-Mail: datenschutz@pas-hammerl.de

Selbstverständlich haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Sie diese Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Der Behandler müsste die Forderungen in diesem Fall selbst liquidieren.

---

### **Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

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

Geb. Datum des Patienten \_\_\_\_\_

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

( Geb. Datum des Vertreters \* \_\_\_\_\_ )

\*nur bei abweichenden Rechnungsempfängern (z. B. bei Personen unter 18 Jahren, Geschäftsunfähigen)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt.

Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte.

Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung und den Einzug der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern zuvor die Forderungen beglichen wurden. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

Neu-Ulm/Reutti, den \_\_\_\_\_

**x** \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

# Datenschutz und Kommunikation

## Privatpraxis Schlossstrasse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Wahrung von **Diskretion und Verschwiegenheit** sind uns ein großes Anliegen. Dasselbe gilt für den **Schutz Ihrer persönlichen und gesundheitlichen Daten bzw. Informationen**.

Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet, und welche Rechte Sie gesetzlich beim Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: PRIVATPRAXIS SCHLOSSSTRASSE, Prof. Freudenmann

Adresse: Schlossstraße 15, 89233 Neu-Ulm/Reutti

Kontaktdaten: Tel.: 0731 – 2507 9374, [www.privatpraxis-schlossstrasse.de](http://www.privatpraxis-schlossstrasse.de), E-mail: [info@privatpraxis-schlossstrasse.de](mailto:info@privatpraxis-schlossstrasse.de)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Kliniken oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

**Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.** Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann dies erhebliche Nachteile für Ihre Behandlung und Risiken zur Folge haben.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

**Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.**

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Laborgemeinschaften, Krankenkassen, Rentenversicherungen, das Amt für Familie und Soziales, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt einerseits zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, andererseits zur Klärung / Mitteilung von medizinischen Befunden und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

**Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.**

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Zur Sicherung der Datenbank im Falle eines technischen Defekts werden Ihre Daten sowohl auf dem Praxisserver als auch auf externen Festplatten gespeichert.

### 5. IHRE RECHTE

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.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

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 Anschrift der für uns zuständigen **Aufsichtsbehörden** lautet:

- Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81677 München [www.blaek.de](http://www.blaek.de)

- Ärztlicher Bezirksverband Schwaben, Frohsinnstraße 2, 86150 Augsburg <https://www.aebv-schwaben.de>

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Um Sie optimal behandeln zu können, ist ein Informationsaustausch aber mit Ihren anderen behandelnden Ärzten oft sinnvoll (für Vorbefunde, aber auch Ihre Weiterbehandlung).

Auch in unserer Praxis müssen eine Vielzahl von schutzwürdigen Daten erhoben, archiviert und auch digitalisiert auf elektronischen Medien gespeichert werden. (Zudem müssen sie z.T. an eine Verrechnungsstelle weitergeleitet werden)

Um Ihnen größtmögliche Kontrolle über Ihre Behandlungsdaten zu geben, händigen wir Ihnen in der Regel **Briefe/Befundberichte direkt persönlich** aus. **Sie entscheiden selbst über die Weitergabe Ihrer Informationen.** Vor dem Hintergrund des Datenschutzes **verzichtet** die Praxis Schlossstrasse auf das **Faxen von Befunden.**

a) Informationsaustausch mit Ihrem **Hausarzt**:

**JA, ich** erkläre mich **einverstanden**, dass

- mein behandelnder Arzt der PRIVATPRAXIS SCHLOSSSTRASSE meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation der weiteren Behandlung an meinen auf Seite 1 genannten Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

**NEIN**, ich wünsche **keinen Befundbericht an meinen Hausarzt** und nehme die daraus resultierenden Nachteile und Risiken vollumfänglich in Kauf.

b) Informationsaustausch **mit Ihnen per (Mobil-)Telefon und SMS (Terminmanagement)**:

**JA, ich** erkläre mich **einverstanden**, dass

- ich von der PRIVATPRAXIS SCHLOSSSTRASSE für Terminplanungen und -erinnerungen telefonisch und/oder per SMS kontaktiert werde.

**NEIN, ich** wünsche ausdrücklich **keine Kontaktaufnahme auf diesen Wegen** und nehme in Kauf, auf Terminausfälle, -verschiebungen etc. nicht kurzfristig hingewiesen werden zu können.

Neu-Ulm/Reutti, den \_\_\_\_\_

**x** \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter