

Sie sind Arzt, Zahnarzt oder üben einen Heilberuf (Psychologe, Therapeut, Pflegedienst, Logopäde, Ergotherapeut, Heilpraktiker etc.) aus?

In diesem Fall dürfen Sie Ihre notleidenden Forderungen zur Beitreibung an uns nur dann übergeben, wenn Ihr Patient dem vorab ausdrücklich zugestimmt und Sie von Ihrer Schweigepflicht entsprechend entbunden hat.

WARUM IST DIE EINHOLUNG EINER SOLCHEN PATIENTENEINWILLIGUNG NOTWENDIG?

Als Arzt oder Angehöriger der Heilberufe haben Sie Zugriff auf äußerst sensible persönliche Daten, die die Intimsphäre Ihres Patienten betreffen. So lassen sich beispielsweise aus entsprechenden Honorarrechnungen Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand des Patienten treffen. Sie sind damit Berufsgeheimnisträger.

Um die Persönlichkeitsrechte des Patienten zu wahren, ist die Weitergabe solcher Daten aus datenschutzrechtlichen Gründen unzulässig, wenn Ihr Patient darüber nicht informiert wurde und der Weitergabe nicht zugestimmt hat. Ein Verstoß gegen diese Vorschriften kann zudem schwerwiegende strafrechtliche (§ 203 StGB) oder berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

WAS MUSS EINE ENTSPRECHENDE PATIENTENEINWILLIGUNG ALLES ENTHALTEN?

Eine **vollständige und rechtlich nicht angreifbare Erklärung muss folgende Punkte umfassen:**

- Einverständnis zur Übergabe von personenbezogenen Daten zum Zweck der Forderungseinziehung
- Einverständnis zur Übergabe von Honorarrechnungen und/oder Abrechnungsunterlagen
- Entbindung von der Schweigepflicht, soweit zur Geltendmachung und zum Einzug der Forderung notwendig
- Datenschutzrechtlicher Hinweis auf Speicherung beim Inkassodienstleister sowie § 33 BDSG
- Hinweis auf Widerrufsrecht

Eine **Mustererklärung** finden Sie diesem Infoblatt beigelegt!

WANN SOLLTE MEIN PATIENT DIE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

Sinnvoll ist es, wenn Sie sich die Einwilligungserklärung regelmäßig bereits mit Aufnahme des Arzt/Patientenverhältnisses von Ihrem Patienten unterschreiben lassen. Diese gilt dann auch für künftige Behandlungen.

WAS MUSS ICH BEI DER ÜBERGABE EINER FORDERUNG AN DIE LEGIAL BEACHTEN?

Bitte fügen Sie dem Inkassoauftrag immer eine Kopie der Einwilligungserklärung des jeweiligen Patienten bei.

HABEN SIE NOCH FRAGEN?
Unter 089 6275-6855
sind wir gerne für Sie da.

Anschrift der Praxis

Einverständniserklärung zur Einziehung von Honorarforderungen durch die LEGIAL AG

Hiermit erkläre ich,

(Vorname, Name) _____

(Straße, Hausnummer) _____

(PLZ, Wohnort) _____

mich ausdrücklich damit einverstanden, dass im Falle des Zahlungsverzugs mit Honoraransprüchen die Abrechnungsunterlagen der Behandlung sowie die zur Geltendmachung und Einziehung der Honoraransprüche erforderlichen personenbezogenen Daten und Informationen aus der Patientenkarte (insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsbetrag, Formulare) durch den o. g. Arzt / Angehörigen der Heilberufe an den zum Zwecke der Einziehung der Honorarforderung beauftragten Inkassodienstleister, die

LEGIAL AG

Thomas-Dehler-Str. 2

81737 München

sowie gegebenenfalls an einen Anwalt übergeben werden.

Ich wurde darüber informiert, dass die übergebenen personenbezogenen Daten und weiteren Informationen bei der LEGIAL AG – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt werden. Diese Erklärung soll zugleich als Benachrichtigung im Sinne des § 33 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) gelten.

Die vorliegende Zustimmungserklärung soll auch für künftige Behandlungen gelten. Ich wurde darüber belehrt, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten