

**Einwilligung
in die Nutzung und Weitergabe von Daten zur Durchführung von
Behandlungsverträgen im Sinne von §630a BGB**

Name, Vorname, Geburtsdatum (Patient)

Name, Vorname (gesetzlichen Vertreters)

Anschrift (des Patienten / gesetzlichen Vertreters)

gegenüber:

Praxis
Dr. Stefan Miersch
John- F.- Kennedy Platz 9
38100 Braunschweig

Zur Vergütung der in Anspruch genommenen Behandlung wird die Erstellung von Rechnungen auf Grundlage der jeweils gültigen und anzuwendenden Gebührenordnung erforderlich. Hierzu werden Ihre persönlichen Daten zunächst bei dem Behandelnden (unabhängig von dessen Fachrichtung oder Rechtsform gespeichert und verarbeitet. Dies geschieht entsprechend den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG 2018) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO 2018).

Bei den persönlichen Daten handelt es sich um Name, Adresse, sowie Kommunikationsdaten (auch bei benannten Kontaktpersonen und gesetzlichen Vertretern), Geburtsdaten, Behandlungszeitraum, Angaben zur Krankengeschichte, Diagnosen, ärztlichen / zahnärztlichen u. a. Behandlungsleistungen und Verordnungen, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen.

Mit der Beitreibung von Honorarforderungen, zu denen ein Zahlungsverzug eintritt wird die

Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r. k. V.
Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz RST)
Telefon: 0511-397240, E-Mail: zentrale@rst-hannover.de

Beauftragt. Bei beiden Einrichtungen handelt es sich um berufsständische Organisationen, deren Mitarbeiter selbst der Schweigepflicht unterliegen. Die Beitreibung erfolgt im Namen des Behandelnden oder nach einer Abtretung im Namen der PVS NDS oder der RST. Ausschließlich für die Beitreibung werden die bei dem Behandelnden gespeicherten persönlichen Daten in dem hierzu jeweils erforderlichen Umfang und auf Grundlage einer Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO sowie in Verbindung mit einer Verschwiegenheitsverpflichtung weitergegeben, um bei der Rechtschutzstelle verarbeitet zu werden.

In die Weitergabe zu diesem Zweck erteilt der Patient / gesetzliche Vertretet mit seiner jederzeit widerrufliche und bis dahin jedoch geltende Einwilligung.

Datum, Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter