

## Einwilligung

in die Datennutzung und Weitergabe

Name, Vorname, Geburtsdatum (Patient)

Name, Vorname (des gesetzlichen Vertreters)

Anschrift (des Patienten / gesetzlichen Vertreters).

gegenüber:

**ZA Dr. Stefan Mauß, Celler Straße 64, 30161 Hannover Tel.:  
0511-313658. Mail: maussdta@web.de**

Zur Vergütung der in Anspruch genommenen privatärztlichen Behandlung wird die Erstellung von Rechnungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte und entsprechend den

Voraussetzungen von § 12 GOÄ erforderlich. Hierzu werden Ihre persönlichen Daten zunächst bei dem ambulant / stationär behandelnden Arzt bzw. Träger der stationären Einrichtung gespeichert und verarbeitet. Dies geschieht entsprechend den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG 2018) und der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO 2018).

Bei den persönlichen Daten handelt es sich um Name und Adresse sowie Kommunikationsdaten (auch von benannten Kontaktpersonen und gesetzlichen Vertretern), Geburtsdatum, Behandlungszeitraum, Angaben zur Krankengeschichte, Diagnosen, ärztlichen Leistungen und Verordnungen, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen

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

Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V.  
Leisewitzstraße 43, 30175 Hannover,  
Telefon: 0511/397 24-0, E-mail [zentrale@rst-hannover.de](mailto:zentrale@rst-hannover.de)

beauftragt. Bei der Rechtsschutzstelle handelt es sich um eine berufsständische Organisation, deren Mitarbeiter selbst der Schweigepflicht unterliegen. Die Beitreibung erfolgt im Namen des Arztes oder nach einer Abtretung im Namen der Rechtsschutzstelle. Ausschließlich für die Beitreibung werden die bei dem Arzt / Krankenhausträger gespeicherten persönlichen Daten in dem hierzu jeweils erforderlichen Umfang und auf Grundlage einer Vereinbarung zur Auftragsverwaltung gemäß Art. 28 DS-GVO in Verbindung mit einer Verschwiegenheitsverpflichtung weitergegeben, um bei der Rechtsschutzstelle verarbeitet zu werden.

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

Datum, Unterschrift Patient / Vertreter (erhält Abdruck dieser Vereinbarung)