



## Behandlungsvertrag zwischen Dr. med. Martin Böhringer und

Hiermit beantrage ich für mich (Hauptversicherter)  
bzw. für meinen Angehörigen

**die Untersuchung, Behandlung und Berechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch Dr. Martin Böhringer bzw. ggf. dessen Vertreter für den gesamten Behandlungszeitraum, zumindest bis zum Jahresende.**

Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Gebührenordnung besteht an der Anmeldung. Mit der GOÄ-Liquidation gemäß der §§ 1-12, ausgenommen § 2, bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass das berechnete Honorar Herrn Dr. Martin Böhringer persönlich oder seiner Verrechnungsstelle zu bezahlen ist. Ich verpflichte mich, den Rechnungsbetrag vollständig ohne Skonto oder Abzug zu entrichten, unabhängig vom Erstattungsanspruch gegenüber Versicherungen und/oder Beihilfestellen. Gemäß der GOÄ wird das Honorar mit dem Rechnungseingang fällig.

Herzogenaurach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Ärztliche Schweigepflichtbefreiung und datenschutzrechtliche Einwilligung zur Rechnungslegung durch die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl, Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen**

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, diese Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen. Bei allen Fragen zur Abrechnung ist Ihnen PAS jederzeit gerne behilflich. 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.

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. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt unberührt. Ich bin mit der Weiterabtretung meiner 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 sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung 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:

Herzogenaurach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift