

Anmeldung für Privatpatienten

..... Name Rechnungsempfänger/in	..... Vorname	..... Geburtsdatum
..... Behandelte Person	..... Vorname	..... Geburtsdatum
..... Mutter des Kindes / Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)	..... Vater des Kindes / Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)	..... Telefon
..... PLZ / Ort	..... Straße / Hausnummer	..... Krankenversicherung / Standard-/Basistarif

Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich befreie hiermit meine/n (zahn-)ärztlichen bzw. therapeutischen Behandler für diese und künftige Behandlungen von dessen/deren beruflicher Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an Medas factoring GmbH, Messerschmittstr. 4, 80992 München, Tel.: 089 143 100 (im Folgenden „Medas“), einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. Medas ist Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler an Medas zu einer Rechnungsstellung durch Medas. Ich willige ein, dass Medas zum Zwecke der Rechnungsstellung meine oben genannten personenbezogenen Daten einschließlich der besonderen personenbezogenen Daten verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage dieser erteilten Einwilligung. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hierzu können Sie sich an die obige Anschrift von Medas wenden.

Sie haben jederzeit das Recht, bei uns über die obigen Kontaktdaten kostenfrei Auskunft über Ihre gespeicherten Daten, deren Berichtigung oder Löschung sowie eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Auch stellen wir Ihnen Ihre Daten gerne in einem maschinenlesbaren Format zur Verfügung.

Bei Fragen zu diesen Rechten können Sie sich gerne auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Dessen Anschrift lautet wie folgt: activeMind AG, Potsdamer Str. 3, 80802 München, E-Mail: datenschutz@medas.de. Für Datenschutzfragen besteht für Sie zudem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde.

..... Ort / Datum	..... Unterschrift des Patienten / Zahlungspflichtigen
..... Unterschrift Mutter des Kindes / Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)	..... Unterschrift Vater des Kindes / Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)

