



# Patientenanamnese

Sehr geehrtes Kinderwunschpaar, bitte füllen Sie den Fragebogen soweit wie möglich selbst aus.

	Person 1			Person 2		
Angaben zur Person	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	<input type="radio"/> Diverse	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	<input type="radio"/> Diverse
Vorname						
Name						
Geburtsname						
Familienstand						
Geburtsdatum						
Nationalität						
Muttersprache						
Personalausweisnummer						
<b>Kontaktdetails</b>						
Telefon privat						
Mobilfunknummer						
E-Mail						
Straße und Hausnummer						
Postleitzahl und Ort						
<b>Berufliche Angaben</b>						
Beruf						
ggf. Telefon beruflich						
<b>Krankenversicherung</b>						
Versicherung						
Beihilfestelle						
<b>Zuweisender</b>						
Frauenarzt / -ärztin						
Urologe / Urologin						
Sonstiger Arzt / Ärztin						
<b>Paaranamnese</b>						
Kinder aus dieser Beziehung						
Kinder aus anderen Beziehungen						
Allergien						
Bekannte Gelbsucht						
Krebsbehandlung						
Psychologische oder psychiatrische Behandlung						
<b>Periodenblutung</b>						
Letzte Periode der erste Tag						
Erste Blutung als Mädchen mit						
Zyklus regelmäßig						
Zyklusdauer						
Schmier- oder Zwischenblutung						

	Person1	Person2
Hoden	<input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Diverse	<input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Diverse
OP am Hoden oder Leistenbruch-OP		
Auffälligkeiten der Hoden		
Mumps als Kind		
Hodenverletzungen		
<b>Anamnese</b>		
Gewicht		
Größe		
Intern. Vorerkrankungen		
Gyn. Vorerkrankungen		
Sonstige Vorerkrankungen		
Dauer der Unfruchtbarkeit		
Sexuelle Aktivität im Monat		
Probleme beim Geschlechtsverkehr		
Schwangerschaft mit anderen Partnern		
Kinder aus anderer Beziehung		
Schwangerschaften in dieser Beziehung		
Geburten aus dieser Beziehung		
Eileiterschwangerschaft		
Fehlgeburt / Interruptio		
Vorspermiogramm		
Reisen in Zika-, Malaria oder Chagas Epidemiegebiete (siehe www.rki.de)		
Stammen oder leben Sie oder Ihre Partner oder Ihre Eltern in Gebieten mit hoher Prävalenz für HTLV1? (z.B. Japan, Karibik, USA, Zentralafrika, Iran, Australien, Südamerika,)		
<b>Genetische Erkrankungen</b>		
Chromosomenanalyse		
CFTR-Trägerstatus		
Genetische Erkrankung bei Ihnen selbst		
Genetische Erkrankung in der Familie		
<b>Drogen</b>		
Nikotin		
Alkohol		
THC		
Anabolika o.a.		
Medikamente		
<b>Fruchtbarkeitstherapie</b>		
Durchgängigkeit Eileiter		
Operationen bei Verwachsungen / Endometriose / anderes		
Medikamentöse Stimulation / VZO		
Medikamentöse Stimulation / Insemination		
IVF oder IVF / ICSI		



### **Pflichtinformation**

gemäß Art.12 ff DS-GVO

Kontaktdaten des **Verantwortlichen**:

H.-J. Graeber, Frauenarzt.  
Waldstr. 2, 76133 Karlsruhe  
[info@ivf-programm.de](mailto:info@ivf-programm.de)

Kontaktdaten des **Datenschutzbeauftragten**:

Dr. rer.nat. F. Tetens  
Waldstr.2, 76133 Karlsruhe  
[labor@ivf-programm.de](mailto:labor@ivf-programm.de)

#### **Woher beziehen wir Ihre persönlichen Daten:**

Die Erhebung Ihrer Daten findet grundsätzlich bei Ihnen selbst statt. Die Verarbeitung der von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) ist zur Erfüllung der Pflichten, die sich aus dem mit uns geschlossenen Behandlungsvertrag ergeben, notwendig. Zusätzlich erhalten wir Daten über die von Ihnen zur Verfügung gestellte elektronische Gesundheitskarte bzw. PKV--Karte und durch die von Ihnen zur Verfügung gestellten Vorbefunde bzw. Überweisungsscheine. Dies ist gesetzlich vorgeschrieben und auch für Ihre Behandlung erforderlich. Soweit Sie behandelt werden möchten, besteht eine Mitwirkungspflicht Ihrerseits. Soweit notwendige Daten nicht zur Verfügung gestellt werden, kann dies dazu führen, dass eine Behandlung nicht möglich ist.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte bzw. erheben solche Daten von / über Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerungen (z.B. Recallsystem) oder die Abrechnung über Privatärztliche Verrechnungsstellen, SCHUFA-Auskunft o.ä.

Weiterhin verarbeiten wir ggf. personenbezogene Daten aus öffentlich zugänglichen Quellen z.B. Internetauftritt, Telefonverzeichnis u.a., die wir im Rahmen des gesetzlich Zulässigen und nur zu dem jeweiligen Vertragszweck nutzen.

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten und sonstigen med. Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten übermitteln müssen oder von dort erhalten. Dazu gehören beispielsweise Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte, Histologie, Bakteriologie, etc.) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen.

#### **Rechtsgrundlage der Verarbeitung:**

Die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten werden im Einklang mit den Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verarbeitet. Erhoben werden die Daten aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder aufgrund Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs.1 lit. a) DSGVO. Eine Übersicht der zugrundeliegenden Rechtsvorschriften kann dem Anhang entnommen werden.

#### **Wer erhält die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten:**

Innerhalb unserer Praxis erhalten diejenigen Bereiche Zugriff auf die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen und die zur Verarbeitung dieser Daten berechtigt sind.

Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Beihilfestellen, Sozialversicherungsträger, Behörden wie z.B. dem Regierungspräsidium Karlsruhe als Aufsichtsbehörde, Ärztekammern, Deutsches IVF--Register (DIR).

Als Berufsgeheimnisträger sind wir verpflichtet die berufsrechtliche Verschwiegenheit (Arztgeheimnis) einzuhalten und umzusetzen. Weitere Empfänger bzw. aus anderen Gründen erhalten die von Ihnen überlassenen Daten nur auf Ihren Wunsch hin, wenn Sie uns von der berufsrechtlichen Verschwiegenheit entbinden.

Im Rahmen unserer Leistungserbringung beauftragen wir Auftragsverarbeiter, die zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten beitragen z.B. Labore, EDV--Partner, Rechenzentrumsdienstleister, Aktenvernichter, etc. Diese Auftragsverarbeiter werden von uns vertraglich zur Einhaltung der Vorgaben des DS--GVO und des BDSG verpflichtet.

#### **Ihre Rechte gegenüber uns**

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu:

- Eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob wir sie betreffende Daten verarbeiten und wenn dies der Fall ist, Auskunft über die

- Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
  - unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
  - unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,
  - Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
  - Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.
- Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung jederzeit zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

#### **Aufbewahrung und Löschung von Daten**

Ihre Patientenakte wird von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Behandlung erforderlich ist und es den gesetzlichen Vorschriften entspricht, siehe Anhang.

#### **Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

#### **Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg**

**Königstraße 10 a1 70173 Stuttgart**

**Tel.: 0711/615541-0**

**FAX: 0711/615541-15**

**E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)**

Stand Mai 2018. Wir behalten uns vor, diese Pflichtinformation aktuell anzupassen.

#### **Anhang:**

#### **Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis**

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
  - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
  - Abrechnungsprüfung
  - Qualitätssicherung
  - Wirtschaftlichkeitsprüfung
  - gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

Voraussichtliche Fristen der uns treffenden Aufbewahrungspflichten und unserer berechtigten Interessen:

**Unsere Praxis betreffende Aufbewahrungsfristen für ärztliche Unterlagen (KV BaWü 2018)**

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Durchschrift des Vierfachsatzes	1Jahr
Arztbriefe (eigene und fremde)	10Jahre
Befundmitteilungen	10Jahre
Betäubungsmittel BTM-Rezeptdurchschriften BTM-Karteikarten	3Jahre
EKG-Streifen/Langzeit-EKG Computerauswertungen (keine Tapes)	10Jahre
Früherkennungsunters. z.B. Krebsvorsorge/Durchschrift ärztl. Aufzeichnungen 10 Jahre Dokumentationen	5Jahre
Gutachten/Unfallunterlagen (über Patienten für KK, Vers. und BG)	10Jahre
Karteikarten und andere ärztliche Aufzeichnungen Einschl. gesonderter Untersuchungsbef.	10Jahre
Kontrollkarten Laborqualitätssicherung	5Jahre
Laborbefunde evtl. auch durch Eintrag in Kartei / PC	10 Jahre
Krankenkassenanfragen (Durchschläge)	10 Jahre
Notfall-/Vertreterschein (Muster 19a)	1Jahr
(Muster 19b)	10Jahre
(Muster 19c)	10Jahre
Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (ehemaliges Muster 80/81)	2Jahre
Sicherungskopien der erstellten Abrechnungen	4Jahre
Sonogr. Untersuchungen Aufzeichnungen, Fotos oder Disketten,Tapes, Prints	10Jahre
Stationäre Einweisung Durchschläge	10Jahre
Überweisungsscheine	1Jahr
Überweisungsscheine, quartalsübergreifend nach Ende der Behandlung	1Jahr
Verordnungen	10Jahre
Zertifikate von Ringversuchen (externe Qualitätssicherung)	5Jahre
Zytologische Präparate und Befunde im Rahmen der Krebsfrüherkennung	10Jahre
Unterlagen ART gem. Gewebegesetz	30Jahre

**Grundsätze**

Ärztliche Aufzeichnungen sind vom Arzt mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften eine abweichende Aufbewahrungszeit vorgeben. Weiterhin zu beachten ist, dass Dokumentationsunterlagen für einen erheblich längeren Zeitraum aufbewahrt werden sollten, falls es während der Behandlung zu Komplikationen kommt, für die der Arzt haftbar gemacht werden kann. In diesen Fällen sollten die Unterlagen generell bis zum Ende der zivilrechtlichen Verjährungsfrist (30 Jahre) aufbewahrt werden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes obliegt dem Arzt eine ordnungsgemäße Dokumentation seiner Tätigkeit und der Führung sowie Aufbewahrung von Krankenunterlagen. Unregelmäßigkeiten können in einem evtl. Haftpflichtprozess zu Nachteilen führen. Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung kann eine Krankenkasse innerhalb einer Ausschlussfrist von 4 Jahren nach Erhalt eines Honorarbescheids für die betreffende Abrechnung noch Korrekturen verlangen.

**Zur Kenntnis genommen:**

Vorname, Name, Adresse .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten**

**Ich** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erkläre mich hiermit einverstanden, dass

- Mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt/ Facharzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt/ Facharzt übermittelt.
- Der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt/ Facharzt oder anderen Ärzten oder Institutionen sowie Leistungserbringern die für meine Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt/ Facharzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- Alle vor dieser Einverständniserklärung erhobenen Befunde ebenfalls weiter gegeben werden dürfen.

### **Gültig für folgende namentlich genannte Ärzte/ Behandler/ Institutionen**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift









### **Pflichtinformation**

**gemäß Art.12 ff DS-GVO**

Kontaktdaten des **Verantwortlichen**:

H.-J. Graeber, Frauenarzt.  
Waldstr. 2, 76133 Karlsruhe  
[info@ivf-programm.de](mailto:info@ivf-programm.de)

Kontaktdaten des **Datenschutzbeauftragten**:

Dr. rer.nat. F. Tetens  
Waldstr.2, 76133 Karlsruhe  
[labor@ivf-programm.de](mailto:labor@ivf-programm.de)

#### **Woher beziehen wir Ihre persönlichen Daten:**

Die Erhebung Ihrer Daten findet grundsätzlich bei Ihnen selbst statt. Die Verarbeitung der von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) ist zur Erfüllung der Pflichten, die sich aus dem mit uns geschlossenen Behandlungsvertrag ergeben, notwendig. Zusätzlich erhalten wir Daten über die von Ihnen zur Verfügung gestellte elektronische Gesundheitskarte bzw. PKV--Karte und durch die von Ihnen zur Verfügung gestellten Vorbefunde bzw. Überweisungsscheine. Dies ist gesetzlich vorgeschrieben und auch für Ihre Behandlung erforderlich. Soweit Sie behandelt werden möchten, besteht eine Mitwirkungspflicht Ihrerseits. Soweit notwendige Daten nicht zur Verfügung gestellt werden, kann dies dazu führen, dass eine Behandlung nicht möglich ist.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte bzw. erheben solche Daten von / über Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Soweit Sie eingewilligt haben, können wir Ihre Daten auch zu anderen als den Behandlungszwecken verwenden, wie z. B. Praxismailings, Informationen, Terminerinnerungen (z.B. Recallsystem) oder die Abrechnung über Privatärztliche Verrechnungsstellen, SCHUFA-Auskunft o.ä.

Weiterhin verarbeiten wir ggf. personenbezogene Daten aus öffentlich zugänglichen Quellen z.B. Internetauftritt, Telefonverzeichnis u.a., die wir im Rahmen des gesetzlich Zulässigen und nur zu dem jeweiligen Vertragszweck nutzen.

Im Rahmen der Behandlung kann es sein, dass wir mit anderen Ärzten und sonstigen med. Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten übermitteln müssen oder von dort erhalten. Dazu gehören beispielsweise Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (etwa Blutwerte, Histologie, Bakteriologie, etc.) erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und Diagnose benötigen.

#### **Rechtsgrundlage der Verarbeitung:**

Die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten werden im Einklang mit den Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verarbeitet. Erhoben werden die Daten aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder aufgrund Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs.1 lit. a) DSGVO. Eine Übersicht der zugrundeliegenden Rechtsvorschriften kann dem Anhang entnommen werden.

#### **Wer erhält die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten:**

Innerhalb unserer Praxis erhalten diejenigen Bereiche Zugriff auf die von Ihnen überlassenen personenbezogenen Daten, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen und die zur Verarbeitung dieser Daten berechtigt sind.

Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Beihilfestellen, Sozialversicherungsträger, Behörden wie z.B. dem Regierungspräsidium Karlsruhe als Aufsichtsbehörde, Ärztekammern, Deutsches IVF--Register (DIR).

Als Berufsgeheimnisträger sind wir verpflichtet die berufrechtliche Verschwiegenheit (Arztgeheimnis) einzuhalten und umzusetzen. Weitere Empfänger bzw. aus anderen Gründen erhalten die von Ihnen überlassenen Daten nur auf Ihren Wunsch hin, wenn Sie uns von der berufrechtlichen Verschwiegenheit entbinden.

Im Rahmen unserer Leistungserbringung beauftragen wir Auftragsverarbeiter, die zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten beitragen z.B. Labore, EDV--Partner, Rechenzentrumsdienstleister, Aktenvernichter, etc. Diese Auftragsverarbeiter werden von uns vertraglich zur Einhaltung der Vorgaben des DS--GVO und des BDSG verpflichtet.

#### **Ihre Rechte gegenüber uns**

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu:

- Eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob wir sie betreffende Daten verarbeiten und wenn dies der Fall ist, Auskunft über die

- Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
  - unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
  - unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen,
  - Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen,
  - Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.
- Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung jederzeit zu widerrufen. Wir weisen darauf hin, dass damit gegebenenfalls eine weitere Behandlung nicht mehr möglich ist.

#### **Aufbewahrung und Löschung von Daten**

Ihre Patientenakte wird von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Behandlung erforderlich ist und es den gesetzlichen Vorschriften entspricht, siehe Anhang.

#### **Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

#### **Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg**

**Königstraße 10 a1 70173 Stuttgart**

**Tel.: 0711/615541-0**

**FAX: 0711/615541-15**

**E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)**

Stand Mai 2018. Wir behalten uns vor, diese Pflichtinformation aktuell anzupassen.

#### **Anhang:**

#### **Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis**

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
  - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
  - Abrechnungsprüfung
  - Qualitätssicherung
  - Wirtschaftlichkeitsprüfung
  - gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

Voraussichtliche Fristen der uns treffenden Aufbewahrungspflichten und unserer berechtigten Interessen:

**Unsere Praxis betreffende Aufbewahrungsfristen für ärztliche Unterlagen (KV BaWü 2018)**

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Durchschrift des Vierfachsatzes	1Jahr
Arztbriefe (eigene und fremde)	10Jahre
Befundmitteilungen	10Jahre
Betäubungsmittel BTM-Rezeptdurchschriften BTM-Karteikarten	3Jahre
EKG-Streifen/Langzeit-EKG Computerauswertungen (keine Tapes)	10Jahre
Früherkennungsunters. z.B. Krebsvorsorge/Durchschrift ärztl. Aufzeichnungen 10 Jahre Dokumentationen	5Jahre
Gutachten/Unfallunterlagen (über Patienten für KK, Vers. und BG)	10Jahre
Karteikarten und andere ärztliche Aufzeichnungen Einschl. gesonderter Untersuchungsbef.	10Jahre
Kontrollkarten Laborqualitätssicherung	5Jahre
Laborbefunde evtl. auch durch Eintrag in Kartei / PC	10 Jahre
Krankenkassenanfragen (Durchschläge)	10 Jahre
Notfall-/Vertreterschein (Muster 19a)	1Jahr
(Muster 19b)	10Jahre
(Muster 19c)	10Jahre
Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung (ehemaliges Muster 80/81)	2Jahre
Sicherungskopien der erstellten Abrechnungen	4Jahre
Sonogr. Untersuchungen Aufzeichnungen, Fotos oder Disketten,Tapes, Prints	10Jahre
Stationäre Einweisung Durchschläge	10Jahre
Überweisungsscheine	1Jahr
Überweisungsscheine, quartalsübergreifend nach Ende der Behandlung	1Jahr
Verordnungen	10Jahre
Zertifikate von Ringversuchen (externe Qualitätssicherung)	5Jahre
Zytologische Präparate und Befunde im Rahmen der Krebsfrüherkennung	10Jahre
Unterlagen ART gem. Gewebegesetz	30Jahre

**Grundsätze**

Ärztliche Aufzeichnungen sind vom Arzt mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften eine abweichende Aufbewahrungszeit vorgeben. Weiterhin zu beachten ist, dass Dokumentationsunterlagen für einen erheblich längeren Zeitraum aufbewahrt werden sollten, falls es während der Behandlung zu Komplikationen kommt, für die der Arzt haftbar gemacht werden kann. In diesen Fällen sollten die Unterlagen generell bis zum Ende der zivilrechtlichen Verjährungsfrist (30 Jahre) aufbewahrt werden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes obliegt dem Arzt eine ordnungsgemäße Dokumentation seiner Tätigkeit und der Führung sowie Aufbewahrung von Krankenunterlagen. Unregelmäßigkeiten können in einem evtl. Haftpflichtprozess zu Nachteilen führen. Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung kann eine Krankenkasse innerhalb einer Ausschlussfrist von 4 Jahren nach Erhalt eines Honorarbescheids für die betreffende Abrechnung noch Korrekturen verlangen.

**Zur Kenntnis genommen:**

Vorname, Name, Adresse .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten**

**Ich** \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erkläre mich hiermit einverstanden, dass

- Mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt/ Facharzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt/ Facharzt übermittelt.
- Der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt/ Facharzt oder anderen Ärzten oder Institutionen sowie Leistungserbringern die für meine Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt/ Facharzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- Alle vor dieser Einverständniserklärung erhobenen Befunde ebenfalls weiter gegeben werden dürfen.

### **Gültig für folgende namentlich genannte Ärzte/ Behandler/ Institutionen**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift







Einverständniserklärung\*



Kinderwunschzentrum Karlsruhe MVZ GmbH
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
SP Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Waldstr. 2, 76133 Karlsruhe

Patient(in)

Form fields for patient information: Vorname\*\*, Nachname\*\*, Geburtsdatum\*\*, Telefonnummer\*\*, Straße\*\*, Nr.\*\*, PLZ\*\*, Ort\*\*

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH
Hülshof 24
44369 Dortmund

Telefon 0231-94 53 62-600
Fax 0231-94 53 62-688
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der untenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: https://meinebfs.de/datenschutz/



Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der:

- Weitergabe meiner Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS. Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozesssteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zweck der Sicherung offener Forderungen und zu Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderebegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- mit der befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

Abtretung der Forderungen an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag geltend machen wird.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine Behandler, ihre Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Datum

Unterschrift

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.
\*\* Diese Felder müssen unbedingt ausgefüllt werden.

# Informationspflichten nach Art. 14 DSGVO

## Informationspflichten für die Abrechnung über die BFS health finance GmbH

Mit den folgenden Informationen geben wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) bei der BFS health finance GmbH (im Folgenden „BFS“) sowie zu Ihren Datenschutzrechten. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung bzw. die Einwilligung für die Weitergabe Ihrer Daten durch unseren Mandanten an uns zum Zweck der Abrechnung ist freiwillig.

### 1 Wer ist für die Verarbeitung meiner Daten verantwortlich?

Die BFS health finance GmbH  
Hülshof 24  
44369 Dortmund  
Telefon: 0231 945362 600  
[kundenservice@meinebfs.de](mailto:kundenservice@meinebfs.de)

ist für die Verarbeitung Ihrer nachfolgend genannten Daten verantwortlich. Wenn nachfolgend auf „wir“ oder „uns“ Bezug genommen wird, bezieht sich dies stets auf die BFS. Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (im Folgenden „DSGVO“) und dem Bundesdatenschutzgesetz (im Folgenden „BDSG“).

Unsere Datenschutzbeauftragte, Frau Mandy Strothotte, erreichen Sie unter der Postadresse: BFS health finance GmbH, Datenschutz, Hülshof 24, 44369 Dortmund oder per Mail unter [datenschutz@meinebfs.de](mailto:datenschutz@meinebfs.de).

### 2 Welche Kategorien personenbezogener Daten werden im Prozess verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, im Falle einer ärztlichen Abrechnung auch Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe (Gesundheitsdaten gem. Art. 8.9 Abs. 1 DSGVO)), sofern diese für die Rechnungsstellung nach der Gebührenordnung Ärzte/Zahnärzte oder sonstigen Rechnungslegungsvorschriften erforderlich sind.

### 3 Wofür werden meine Daten verarbeitet (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage erfolgt das?

Wir verarbeiten Ihre Daten zu Zwecken der Risikoprüfung, ärztlichen/zahnärztlichen/kaufmännischen Abrechnung und ausschließlich auf Grundlage Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO und Art. 9 Abs. 2a DSGVO).

### 4 Wer bekommt meine Daten?

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) ggf. in Zusammenhang mit einer Ankaufsanfrage an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden oder dem Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstr. 12, 41460 Neuss, sofern wir Ihnen die Übermittlung auf der Einverständniserklärung bzw. den ausliegenden Informationen angekündigt haben.

Außerdem werden Ihre Rechnungsnummer, das Fälligkeitsdatum sowie die Rechnungshöhe zum Zwecke der Refinanzierung an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, Neue Mainzer Str. 52-58, 60311 Frankfurt/Main sowie an die European Receivables Finance SA übermittelt.

Rechtsgrundlage dieser Übermittlung ist Art. 6 Abs. 1a DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmung dürfen nur erfolgen, soweit die betroffene Person ihre Einwilligung zu der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten für diesen Zweck gegeben hat. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter den folgenden Links:

[www.experian.de/icd-infoblatt](http://www.experian.de/icd-infoblatt)  
[www.schufa.de/datenschutz](http://www.schufa.de/datenschutz)  
[www.creditreform.de/datenschutz](http://www.creditreform.de/datenschutz)  
[www.helaba.com/de/datenschutzhinweise](http://www.helaba.com/de/datenschutzhinweise)

Sofern eine Rechtsverfolgung erforderlich ist, behalten wir uns vor Ihre zur Rechtsverfolgung erforderlichen Daten an für uns tätige Rechtsanwälte und/oder Inkassodienstleister weiterzugeben, welche diese bei den o.g. Auskunfteien melden können. Titulierte Forderungen können von den für uns tätigen Dienstleistern bei den o.g. Auskunfteien eingemeldet werden.

### 5 Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit der Rechnungsbetrag Ihrerseits vollständig beglichen wurde, werden die der Forderung zugrundeliegenden Rechnungspositionen innerhalb von drei Jahren nach Ausgleich der Forderung gelöscht. Weitere Daten dieser Forderung (Name, Anschrift, Zahlungsdaten etc.) werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß §147 AO und §257 Abs. 1 und Abs. 4 HGB (10 Jahre) gelöscht bzw. anonymisiert.

### 6 Welche Rechte habe ich in Bezug auf meine Daten?

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die bei uns zu Ihrer Person gespeicherten persönlichen Daten. Sollten Daten über Ihre Person falsch oder nicht mehr aktuell sein, haben Sie das Recht, deren Berichtigung zu verlangen. Sie haben außerdem das Recht, die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten nach Maßgabe von Art. 17 bzw. 18 DSGVO zu verlangen. Sofern Sie uns Daten bereitgestellt haben und die Verarbeitung mittels automatisierter Verfahren auf Ihrer Einwilligung mit Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Wenn Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sollten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen wollen oder haben Sie allgemein Fragen zum Datenschutz rund um BFS, können Sie sich jederzeit an die Datenschutzbeauftragte oder die -koordinatorin wenden.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzbehörde zu wenden und dort Beschwerde einzureichen. Die für uns zuständige Behörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf. Sie können sich aber auch an die für Ihren Wohnort zuständige Datenschutzbehörde wenden, die Ihr Anliegen dann an die zuständige Behörde weiterleiten wird.

### 7 Aus welcher Quelle stammen meine Daten?

Die an uns übermittelten Daten erhalten wir von Ihrem behandelnden Arzt/Zahnarzt aufgrund Ihrer Zustimmung zur Datenübermittlung zum Zwecke der Rechnungsstellung.





Einverständniserklärung\*

Kinderwunschzentrum Karlsruhe MVZ GmbH  
 FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
 SP Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin  
 Waldstr. 2, 76133 Karlsruhe



Patient(in)

Vorname\*\* : \_\_\_\_\_ Nachname\*\* : \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum\*\* : \_\_\_\_\_ Telefonnummer\*\* : \_\_\_\_\_  
 Straße\*\* : \_\_\_\_\_ Nr. \*\* : \_\_\_\_\_  
 PLZ\*\* : \_\_\_\_\_ Ort\*\* : \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH  
 Hülshof 24  
 44369 Dortmund

Telefon 0231-94 53 62-600  
 Fax 0231-94 53 62-688  
 patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der untenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: <https://meinebfs.de/datenschutz/>



Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der:

- Weitergabe meiner Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS. Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozesssteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zweck der Sicherung offener Forderungen und zu Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderebegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- mit der befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

Abtretung der Forderungen an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA  
 Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag geltend machen wird.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine Behandler, ihre Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.  
 Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Datum

Unterschrift

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.  
 \*\* Diese Felder müssen unbedingt ausgefüllt werden.

# Informationspflichten nach Art. 14 DSGVO

## Informationspflichten für die Abrechnung über die BFS health finance GmbH

Mit den folgenden Informationen geben wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) bei der BFS health finance GmbH (im Folgenden „BFS“) sowie zu Ihren Datenschutzrechten. Die Unterzeichnung der Einverständniserklärung bzw. die Einwilligung für die Weitergabe Ihrer Daten durch unseren Mandanten an uns zum Zweck der Abrechnung ist freiwillig.

### 1 Wer ist für die Verarbeitung meiner Daten verantwortlich?

Die BFS health finance GmbH  
Hülshof 24  
44369 Dortmund  
Telefon: 0231 945362 600  
[kundenservice@meinebfs.de](mailto:kundenservice@meinebfs.de)

ist für die Verarbeitung Ihrer nachfolgend genannten Daten verantwortlich. Wenn nachfolgend auf „wir“ oder „uns“ Bezug genommen wird, bezieht sich dies stets auf die BFS. Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (im Folgenden „DSGVO“) und dem Bundesdatenschutzgesetz (im Folgenden „BDSG“).

Unsere Datenschutzbeauftragte, Frau Mandy Strothotte, erreichen Sie unter der Postadresse: BFS health finance GmbH, Datenschutz, Hülshof 24, 44369 Dortmund oder per Mail unter [datenschutz@meinebfs.de](mailto:datenschutz@meinebfs.de).

### 2 Welche Kategorien personenbezogener Daten werden im Prozess verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, im Falle einer ärztlichen Abrechnung auch Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe (Gesundheitsdaten gem. Art. 8.9 Abs. 1 DSGVO)), sofern diese für die Rechnungsstellung nach der Gebührenordnung Ärzte/Zahnärzte oder sonstigen Rechnungslegungsvorschriften erforderlich sind.

### 3 Wofür werden meine Daten verarbeitet (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage erfolgt das?

Wir verarbeiten Ihre Daten zu Zwecken der Risikoprüfung, ärztlichen/zahnärztlichen/kaufmännischen Abrechnung und ausschließlich auf Grundlage Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO und Art. 9 Abs. 2 a DSGVO).

### 4 Wer bekommt meine Daten?

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) ggf. in Zusammenhang mit einer Ankaufsanfrage an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden oder dem Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstr. 12, 41460 Neuss, sofern wir Ihnen die Übermittlung auf der Einverständniserklärung bzw. den ausliegenden Informationen angekündigt haben.

Außerdem werden Ihre Rechnungsnummer, das Fälligkeitsdatum sowie die Rechnungshöhe zum Zwecke der Refinanzierung an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, Neue Mainzer Str. 52-58, 60311 Frankfurt/Main sowie an die European Receivables Finance SA übermittelt.

Rechtsgrundlage dieser Übermittlung ist Art. 6 Abs. 1a DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmung dürfen nur erfolgen, soweit die betroffene Person ihre Einwilligung zu der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten für diesen Zweck gegeben hat. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter den folgenden Links:

[www.experian.de/icd-infoblatt](http://www.experian.de/icd-infoblatt)  
[www.schufa.de/datenschutz](http://www.schufa.de/datenschutz)  
[www.creditreform.de/datenschutz](http://www.creditreform.de/datenschutz)  
[www.helaba.com/de/datenschutzhinweise](http://www.helaba.com/de/datenschutzhinweise)

Sofern eine Rechtsverfolgung erforderlich ist, behalten wir uns vor Ihre zur Rechtsverfolgung erforderlichen Daten an für uns tätige Rechtsanwälte und/oder Inkassodienstleister weiterzugeben, welche diese bei den o.g. Auskunfteien melden können. Titulierte Forderungen können von den für uns tätigen Dienstleistern bei den o.g. Auskunfteien eingemeldet werden.

### 5 Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit der Rechnungsbetrag Ihrerseits vollständig beglichen wurde, werden die der Forderung zugrundeliegenden Rechnungspositionen innerhalb von drei Jahren nach Ausgleich der Forderung gelöscht. Weitere Daten dieser Forderung (Name, Anschrift, Zahlungsdaten etc.) werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß §147 AO und §257 Abs. 1 und Abs. 4 HGB (10 Jahre) gelöscht bzw. anonymisiert.

### 6 Welche Rechte habe ich in Bezug auf meine Daten?

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die bei uns zu Ihrer Person gespeicherten persönlichen Daten. Sollten Daten über Ihre Person falsch oder nicht mehr aktuell sein, haben Sie das Recht, deren Berichtigung zu verlangen. Sie haben außerdem das Recht, die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten nach Maßgabe von Art. 17 bzw. 18 DSGVO zu verlangen. Sofern Sie uns Daten bereitgestellt haben und die Verarbeitung mittels automatisierter Verfahren auf Ihrer Einwilligung mit Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Wenn Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sollten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen wollen oder haben Sie allgemein Fragen zum Datenschutz rund um BFS, können Sie sich jederzeit an die Datenschutzbeauftragte oder die -koordinatorin wenden.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzbehörde zu wenden und dort Beschwerde einzureichen. Die für uns zuständige Behörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf. Sie können sich aber auch an die für Ihren Wohnort zuständige Datenschutzbehörde wenden, die Ihr Anliegen dann an die zuständige Behörde weiterleiten wird.

### 7 Aus welcher Quelle stammen meine Daten?

Die an uns übermittelten Daten erhalten wir von Ihrem behandelnden Arzt/Zahnarzt aufgrund Ihrer Zustimmung zur Datenübermittlung zum Zwecke der Rechnungsstellung.

## Einwilligung in die Weitergabe von persönlichen Daten / Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Anschluß an die durchgeführten Untersuchungen und ggfs. Behandlungen erhalten Sie eine Rechnung.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arztabrechnung – betriebswirtschaftliche Beratung – Verrechnungssysteme mbH, 76255 Ettlingen, Weberstr. 55 und 45470 Mülheim an der Ruhr, Obere Saarlandstr. 3, an die ich meine Honorarforderungen abgetreten habe.

Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Die Mitarbeiter des Unternehmens sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Durch die Abtretung des Arzthonorars wäre ich in einem streitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei evt. Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müßten. Die Rechnungserstellung erfolgt aber nach meinen Weisungen und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung und Forderungseinzug sowie zur Auswertung der ärztlichen Leistungen ein.

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evt. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft erforderlich. Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen, welches selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

Die Behandlung ist selbstverständlich nicht von Ihrer Einwilligung abhängig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber dem Leistungserbringer oder der ABV – mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen (widerruf@cbtmed.de). Hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten finden Sie auch auf der Internetseite <https://www.abv-online.de/de/datenschutzerklaerung>.

---

Hiermit willige ich – bis auf Widerruf – in die Abtretung der Forderung an die ABV und in die Datenverarbeitung durch die ABV zu den genannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient\*in/gesetzliche\*r Vertreter\*in



## Einwilligung in die Weitergabe von persönlichen Daten / Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Anschluß an die durchgeführten Untersuchungen und ggfs. Behandlungen erhalten Sie eine Rechnung.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arztabrechnung – betriebswirtschaftliche Beratung – Verrechnungssysteme mbH, 76255 Ettlingen, Weberstr. 55 und 45470 Mülheim an der Ruhr, Obere Saarlandstr. 3, an die ich meine Honorarforderungen abgetreten habe.

Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Die Mitarbeiter des Unternehmens sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Durch die Abtretung des Arzthonorars wäre ich in einem streitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei evt. Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müßten. Die Rechnungserstellung erfolgt aber nach meinen Weisungen und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung und Forderungseinzug sowie zur Auswertung der ärztlichen Leistungen ein.

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evt. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft erforderlich. Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen, welches selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

Die Behandlung ist selbstverständlich nicht von Ihrer Einwilligung abhängig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber dem Leistungserbringer oder der ABV – mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen (widerruf@cbtmed.de). Hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten finden Sie auch auf der Internetseite <https://www.abv-online.de/de/datenschutzerklaerung>.

---

Hiermit willige ich – bis auf Widerruf – in die Abtretung der Forderung an die ABV und in die Datenverarbeitung durch die ABV zu den genannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient\*in/gesetzliche\*r Vertreter\*in