



**Irina Törtl**  
Heilpraktikerin  
Yogalehrerin

# Anamnese – Fragebogen

## Behandlungsvertrag/Datenschutz

Praxis für Regulationsmedizin \* Fischeräckerstr. 46 \* 75417 Mühlacker \* 07041-861470

Name _____	Geburtstag _____
Vorname _____	Tel. privat _____
Straße _____	Tel. Beruf _____
PLZ- Ort _____	Mobil _____
Beruf _____	E-Mail _____
Wer hat uns empfohlen? _____	Familienstand/Kinder _____
Versicherung: <input type="checkbox"/> Gesetzlich (AOK, DAK usw.)	<input type="checkbox"/> Beihilfe/Post <input type="checkbox"/> Privat-Versicherung

### Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

**Was ist Ihr Wunsch an uns? Was ist Ihr Ziel?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

## Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

## Impfungen-Allergien

---

### Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z. B. Tuberkulose (BCG), Polio, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Grippe, Zecken, Corona ( wie oft und welche Hersteller) usw...

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

### Welche Infektionskrankheiten Sie als Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Ruhr, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tuberkulose usw.

**Infekte** Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung Wenn ja, wie häufig?

### Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Pollen oder andere/wann \_\_\_\_\_

## Kopf

---

**Leiden Sie unter** Falls ja, morgens – abends

**Kopfschmerzen?** häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, halbseitig– links – rechts – doppelseitig

**Haare** haarausfall, kreisrunder – vereinzelter, seit wann? \_\_\_\_\_

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

**Ohren** links / rechts \_\_\_\_\_ Tinnitus seit \_\_\_\_\_ Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_

**Zähne / Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? OJa ONein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? OJa ONein  
Haben Sie Kieferorthopädische Behandlung bekommen OJa ONein

**Zahnfüllmaterialien** O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

## Brust und Bauch

---

<b>Herz</b>	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
<b>Lunge</b>	Bronchitis, häufig Husten
<b>Leber</b>	Entzündung – Hepatitis
<b>Galleblase</b>	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit Keine, seit wann _____
<b>Magen</b>	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien _____
<b>Darm</b>	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch _____
<b>Stuhlgang</b>	täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____ Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, <b>Konsistenz: schnittfest</b> Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

## Rücken – Arme – Beine – Haut

---

<b>Arme</b>	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
<b>Beine</b>	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
<b>Rücken</b>	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
<b>Haut / Nägel</b>	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
<b>Narben</b>	<b>Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?</b> <input type="radio"/> Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine <input type="radio"/> Nein

## Unterleib – Gynäkologie

---

<b>Gynäkologie</b>	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
<b>Menses</b>	Wann war die erste Menses? _____ Wann die letzte? _____ Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche? _____ Klimakterische Beschwerden: _____
<b>Nehmen Sie Verhütungsmittel?</b>	Welche? _____

**Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen  
**Niere / Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig  
**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach: \_\_\_\_\_  
**Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Allgemeines

---

**Mein aktuelles Körpergewicht** \_\_\_\_\_ **Meine Körpergröße** \_\_\_\_\_

**Meine Blutgruppe** \_\_\_\_\_ **Mein Blutdruck** \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?** \_\_\_\_\_ **Rauchen Sie?** \_\_\_\_\_

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** \_\_\_\_\_

**Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?** \_\_\_\_\_

**Vorhandene Befunde und Laborwerte bitte mitbringen, in Kopie!**

**Treiben Sie Sport?** Welchen, seit wann? \_\_\_\_\_  
Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_

**Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit \_\_\_\_\_), Sprechen im Schlaf  
Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen,  
Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

**Schlafzeit** übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

## Schmerzfragen

---

**Wo treten Schmerzen auf?** \_\_\_\_\_

punktförmiger Schmerz  
unklare Schmerzlokalisierung  
ausstrahlender Schmerz, wohin? \_\_\_\_\_

**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
schwach mittel sehr stark

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?** Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

**Wie ist das Schmerzempfinden?** Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

**Welche Ereignisse verschlimmern?** Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress  
Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit \_\_\_\_\_  
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?** Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

**Andere Symptome zum Schmerz** Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit,  
Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,  
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Schmerzbehandlung bisher, wie?** \_\_\_\_\_

---

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben und mitbringen.

---

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

# Allgemeine Geschäftsbedingungen/Datenschutz

Praxis für Regulationsmedizin  
Irina Törtl, Heilpraktikerin  
Fischeräckerstr. 46, 75417 Mühlacker

## Inhalt der Behandlung

---

1. Es kommen überwiegend wissenschaftlich nicht anerkannte aber bewährte Verfahren der Naturheilkunde zum Einsatz.
2. Die Behandlungen / Therapien stützen sich auf einen ganzheitlichen Ansatz und verfolgen das Ziel der ursächlichen Gesundung, wobei ein Erfolg nicht garantiert werden kann.
3. Erreicht werden sollen auch eine Veränderung der Einstellung zur Erkrankung und zum Lebensstil, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und eine verantwortliche Einstellung zur eigenen Gesundheit

## Einverständniserklärung/Abrechnung

---

1. Der **Behandlungsvertrag** kommt ausschließlich zwischen der Heilpraktikerin und dem/der Patient/in zustande.
2. Um allen Patient\*Innen gerecht zu werden, gelten zudem folgende Regelungen:
  - a. In der Praxis werden verbindliche Termine ohne Wartezeiten vereinbart. Terminabsagen oder Terminverschiebungen sind **max. 72 Stunden** Werktagstunden vor dem Vereinbarten Termin möglich (**Werktagstunden sind von Montag bis Freitag. Sa.-So.- und Feiertage sind nicht inbegriffen.**)
  - b. Ist der Patient 15 Minuten nach dem vereinbarten Termin nicht erschienen, ohne mich über eine Verspätung zu informieren, handele ich nach §615 BGB und Gebührenverzeichnis Osteopathie (GVO).
  - c. **Bei Nichteinhaltung handele ich gemäß §615 BGB (AG Burgwedel 7 C 360/16 v. 04.10.2017) und GVO. Es wird der volle Behandlungspreis als Ausfall berechnet. (Patient\*Innen, die zum ersten Termin nicht erscheinen, erhalten keinen weiteren Termin.)**
  - d. Im **krankheitsbedingten** Ausfall gelten die Regeln aus dem Punkt 2 (c). [AG Burgwedel 7 C 360/16 v. 04.10.2017](#)
  - e. **Verspätungen** von mehr als 15 Minuten werden wie nicht wahrgenommene Termine behandelt. Bitte kommen Sie nie mehr als 5 Minuten vor dem Termin!
3. Die **Abrechnung** erfolgt immer nach **Leistung** (Anamnese, Tests, Untersuchungen, behandelte Strukturen sowie Berichterstellung/Dokumentation administrativen Aufwand) und nie nach aufgewendeter Zeit. Beratungen und Ansicht von Befunden, Bildgebung per ( Telefon, WApp etc., SMS , Email ) außerhalb individueller Absprachen werden in Anlehnung o.g. Abrechnungsmodalitäten in Rechnung gestellt.
4. Abgerechnet wird die erbrachte Leistung nach **GebüH** (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker)
5. Abgerechnet werden erbrachte Leistungen für GKV, PKV und Selbstzahler\*Innen nach dem und orientiert am Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker\*Innen (GebüH) und analog zur GOÄ (Gebührenordnung für Ärzt\*Innen).
6. Ob und in welcher Höhe diese Rechnung von Ihrer **Versicherung** bezahlt wird, hängt von Ihrem gewählten Tarif bei Ihrer Versicherung ab.

7. Sollte die Krankenversicherung/-kasse oder Beihilfe die Kosten nicht oder nur teilweise übernehmen, muss der/die Patient/in für die Kosten selbst aufkommen.
  8. **Die Behandlung wird mit dem Faktor 1,5 abgerechnet, um Ihrem Wunsch nach hochwertigen Leistungen und unseren Qualitätsansprüchen gerecht zu werden. Diese Leistungen sind sehr aufwendig und umfassend. Nach jahrzehntelanger Quellenarbeit vermitteln wir Ihnen einen ungewöhnlich tiefen Einblick in die funktionellen Körperabläufe. Darüber hinaus werden wir auf gar keinen Fall unsere wertvolle Zeit für eine Kommunikation mit Ihren Kostenerstattern (Beihilfe, PKV, GKV) verwenden.**
  9. Das Honorar für die Behandlung durch den Heilpraktiker ist vom Patienten selbst zu bezahlen und ist nicht erfolgsabhängig.
  10. Bei **Minderjährigen** Patienten haften die **Eltern**.
  11. Das Honorar ist **unabhängig** von der Erstattung durch eine gesetzliche, private oder private Zusatzversicherung, Beihilfe oder sonstigen Erstattungsansprüchen nach Rechnungstellung **sofort fällig** und per Überweisung zu bezahlen.
  12. Die Abrechnung und die Rechnung wird per Post über die **Abrechnungsfirma Mediserv** versendet. Siehe unten
- 

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung (evtl. interne Eingriffe), zu erwartende Folgen und Risiken der Behandlung, sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen **aufgeklärt** wurde (Analog § 630 a –h BGB).

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

## Datenschutz

Gemäß **DSGVO** informieren wir (Verantwortlicher M. Kothe) Sie darüber (**Betroffenen Rechte**), Ihre personenbezogenen Daten zur Terminierung & Dokumentation **gemäß BGB §§ 630ff („Patientenrechtegesetz“)** und Rechnungsstellung gemäß **GOBD zu** erheben, speichern/ändern und gemäß gesetzl. Bestimmungen zu ändern/ löschen/Auskunft geben.

Ihre Daten werden elektronisch verarbeitet (*Naturheilpraxis Irina Törtl, Fischeräckerstr. 45, 75417 Mühlacker*) und **nicht an Dritte weitergeleitet**, wenn Sie nicht ausdrücklich zustimmen. **Widerspruch** ist jederzeit möglich.

**Aufsichtsbehörde:** Landesdatenschutzbeauftragter des Landes BW, Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart.

Gemäß **Art. 4a DSGVO** erlaube ich diese Nutzung.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_



### Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv Bank).

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei der mediserv Bank kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 0681 4000789  
Fax: 0681 400076

E-Mail: [service@arztrechnung.de](mailto:service@arztrechnung.de)  
Internet: [www.arztrechnung.de](http://www.arztrechnung.de)

Adresse: mediserv Bank GmbH  
66094 Saarbrücken

Die Mitarbeitenden der mediserv Bank unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. Die mediserv Bank verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der DatenschutzGrundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen, Ihre Praxis / Klinik

## Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

### 1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüßerath und Hendrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv Bank ist unter o. g. Anschrift – Abteilung Datenschutz – oder per E-Mail unter [datschutz@mediservbank.de](mailto:datschutz@mediservbank.de) erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per EMail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich; wir raten daher von der Übermittlung sensibler Daten per Mail ab.

### 2. Zwecke der Datenverarbeitung durch die mediserv Bank

Die mediserv Bank verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke

■ der Entscheidung über die Übernahme des Delkredererisikos;

■ der Abrechnung, Inrechnungstellung und des Einzugs von Forderungen aus Heilbehandlung aus abgetretenem Recht im eigenen Namen und auf eigene Rechnung, einschließlich der außergerichtlichen und gerichtlichen Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

### 3. Automatisierte Entscheidungsfindung

Die Entscheidung über die Übernahme des Delkredererisikos kann – auf Grundlage Ihrer Einwilligung – das Ergebnis einer ausschließlich automatisierten Verarbeitung der bei der mediserv Bank vorhandenen oder dieser durch befragte Auskunftsteile bereitgestellten Informationen zu Ihrem vorangehenden Zahlungsverhalten (Informationen über Gläubigermahnungen und Daten aus Inkassoverfahren, Inanspruchnahmen mittels gerichtlicher Verfahren und Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzdaten) sein; Informationen zu vorangehenden Zahlungsverhalten führen dabei in der Regel zur Ablehnung der Übernahme des Delkredererisikos gegenüber dem anfragenden Kunden. Dies kann dazu führen, dass der Kunde die Honorarforderung nicht an die mediserv Bank abtritt und mit Ihnen gesonderte Zahlungsmodalitäten vereinbart. Sie haben im Falle der ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruhenden Entscheidung das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens der mediserv Bank, auf Darlegung Ihres eigenen Standpunkts und auf Anfechtung der Entscheidung. Durch die mediserv Bank erfolgt weder eine eigene Berechnung von Scorewerten noch die Verarbeitung durch Dritte mitgeteilter Scorewerte; eine automatisierte Entscheidungsfindung unter Verarbeitung von Daten einer besonderen Kategorie (insbes. Gesundheitsdaten) erfolgt in keinem Fall.

### 4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die mediserv Bank verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (Einwilligung) und Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO (berechtigtes Interesse an der Verteidigung und Verfolgung von Rechtsansprüchen) i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. f DSGVO (Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) und § 24 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 BDSG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 DSGVO oder § 22 BDSG (erforderlich für Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder zur Verfolgung von Straftaten).

Einwilligungen können jederzeit gegenüber der mediserv Bank widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten; die weitere Verarbeitung personenbezogener Daten ist überdies zulässig, soweit diese auf eine andere Rechtsgrundlage gestützt werden kann.

### 5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Identifizierungsdaten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum), Gesundheitsdaten (Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge), durch Auskunftsteile mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über Gläubigermahnungen und Daten aus Inkassoverfahren, Inanspruchnahmen mittels gerichtlicher Verfahren und Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzdaten) und die bei der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen anfallenden Informationen.

### 6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftsteile ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung sowie zur Anschriftenermittlung; die bei der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen involvierten Stellen (Rechtsanwälte, Gerichte, Vollstreckungsorgane), staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

Weitere Informationen zum Umgang durch die mit der mediserv Bank zusammenarbeitenden Auskunftsteile (Informationen nach Art. 14 DSGVO) finden Sie hier für die

■ infoscore Consumer Data GmbH unter <https://www.experian.de/icd-infoblatt>

■ WID WirtschaftsInformationsDienst GmbH unter <https://www.wid-gmbh.de/datschutzzerklaerung/>

### 7. Dauer der Datenspeicherung

Die mediserv Bank speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

### 8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der mediserv Bank das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die mediserv Bank zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der mediserv Bank widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber der mediserv Bank widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.

Name und Vorname Patient/Patientin:

geb. am:

Telefon:

---

Adresse

Versicherungsstatus

---

---

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Honorarforderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Behandlerin/Behandler an die mediserv Bank und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Behandlerin/Behandler insoweit von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Honorarforderungen durch meine/n Behandlerin/Behandler an die mediserv Bank, wobei die Entscheidung über die Übernahme des Delkredererisikos auf die ausschließlich automatisierte Verarbeitung bei der mediserv Bank vorhandener oder dieser durch Dritte bereitgestellter Informationen zu meinem vorangehenden Zahlungsverhalten gestützt werden darf;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch die mediserv Bank an Auskunfteien (Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 BadenBaden sowie die WID Wirtschafts-Informations-Dienst GmbH, Schwägerichenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zu meinem vorangehenden Zahlungsverhalten sowie zum Zwecke der Anchriftenermittlung und entbinde die Mitarbeitenden der mediserv Bank insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv Bank die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Behandlerin/Behandler sowie die Mitarbeitenden der mediserv Bank gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter/Vertreterin

Gesetzlicher Vertreter/Vertreterin:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Praxisstempel