frauenpraxis
Dr. Katrin Fronhoff
Dr. Kerstin Meyer-Wilmes

Behandlungsvertrag

Name:

Vorname:

Geb.-Datum

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Mobiltelefon:

Versicherung:

Hauptversicherter:

Name: **Geb.-Datum:**

PLZ: **Straße:** **Haus-Nr.:**

☑ **Ich erhalte ggf. von unseren Kooperationspartnern eine gesonderte Rechnung, z.B. von:**

Labormedizin:	**amedes (Laboratoriumsmedizin)**
Zytologisches Labor:	**Dr. med Khalifa**
Pathologie:	**Institut für Pathologie, Neuropathologie und Molekularpathologie Hannover Zentrum (PHZ)**

Datum, Unterschrift

EINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Praxisstempel

09-1036700
Dr. med. Katrin Fronhoff
Dr. Kerstin Meyer-Wilmes
Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe
Seelhorststraße 44
30175 Hannover-Zoo
Tel.: 0511 807 40 99-4
Fax.: 0511 807 40 99-5

Name, Vorname des Patienten		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
Telefonnummer tagsüber *	Telefonnummer abends *	E-Mail *
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort

* freiwillige Angabe

Nach vollständiger Aufklärung über die zu erteilende Einwilligungserklärung erkläre ich mich freiwillig und ausdrücklich einverstanden mit der

- **Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an MCC Medical CareCapital GmbH** (nachfolgend MCC).
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenen Forderungen an MCC.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen der MCC an die Hamburg Commercial Bank AG, Gerhart-Hauptmann-Platz 50, 20095 Hamburg, an die Deutsche Postbank AG, Friedrich-Ebert-Allee 114-126, 53113 Bonn, an die Oldenburgische Landesbank AG, Wachtstraße 16, 28195 Bremen, bzw. an die Sparkasse Krefeld, Ostwall 155, 47798 Krefeld, wobei in jedem Fall die Vertraulichkeit der Patientendaten gewährleistet ist. Es werden keine behandlungsrelevanten Daten weiter gegeben, sondern lediglich Rechnungsempfänger, Rechnungsnummer und Rechnungsbetrag.

Ferner wurde ich darüber informiert, dass die MCC die zum Druck aufbereiteten Rechnungen an die BIT Brand Informations- und Telekommunikationslösungen GmbH / BIT Lettershop GmbH, Pascalstr. 13, 47506 Neukirchen-Vluyn im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung zum Zweck des Drucks und der Kuvertierung weiter leitet. Darüber hinaus wurde ich darüber informiert, dass die Saldaris GmbH, Am Lichtbogen 55, 45141 Essen als registrierter Inkassodienstleister zum Zwecke des Forderungsmanagements für den Fall der Nichtzahlung trotz Mahnung eingeschaltet wird.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem entsprechenden Arzt/Behandler widerrufen werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass MCC gegebenenfalls die Leistungen meines behandelnden Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen oder die durch meinen behandelnden Arzt in Rechnung gestellten Beträge für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der behandelnde Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Eine Mehrfertigung dieser Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann ich auf Wunsch anfordern.

Ich entbinde meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung und die Bearbeitung der Rechnungen erforderlich ist.

Streichungen und/oder Änderungen machen diese Erklärung unwirksam.

Ort / Datum

✗
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung / ggf. Rechnungempfänger

privadis 5437 / Stand 02-2020 / oLS-mS-oB

frauenpraxis
Dr. Katrin Fronhoff
Dr. Kerstin Meyer-Wilmes

INFORMATION GEMÄSS ART. 14 DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DS-GVO)

Wir informieren Sie nachstehend gemäß Art. 14 DS-GVO über die Verarbeitung Ihrer Daten.

Identität und Kontaktdaten des Verantwortlichen:
MCC Medical CareCapital GmbH, Hohenzollernstr.47, 47799 Krefeld

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:
Für Fragen zum datenschutzrechtlichen Umgang steht Ihnen die MCC GmbH, unter der Kontaktadresse: MCC Medical CareCapital GmbH, Datenschutzteam, Hohenzollernstr. 47, 47799 Krefeld zur Verfügung. Darüber hinaus können Sie sich an unseren extern bestellten Datenschutzbeauftragten Herrn Joachim Kramer, Kramer Datenschutz GmbH, Elsternweg 24, 42555 Velbert (etwa unter: info@datenschutz-kramer.de) wenden.

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage:
Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zwecke der Vertragsabwicklung. Weiterer von uns erfolgter Zweck der Datenverarbeitung ist das Forderungsmanagement. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist nach Art. 9 Abs. 2 f) DS-GVO für die Geltendmachung der Forderung aus Ihrem Vertrag mit dem in der Rechnung genannten Ursprungsgläubiger erforderlich. Die Forderung wurde vom Ursprungsgläubiger an die MCC CareCapital GmbH, Hohenzollernstr.47, 47799 Krefeld abgetreten, die diese nun gegenüber Ihnen geltend macht. Darüber hinaus ist rechtliche Grundlage der Datenverarbeitung nach Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO die von Ihnen erteilte Einwilligung.

Datenkategorien:
Wir verarbeiten nachfolgende Kategorien von Daten: Stammdaten, Kommunikationsdaten, Vertragsdaten, Forderungsdaten und damit in Verbindung stehende Gesundheitsdaten und ggf. Zahlungsinformationen.

Datenherkunft:
Die Daten aus den genannten Datenkategorien wurden uns von dem in der Rechnung genannten Abtretungsgläubiger (Leistungserbringer/Arzt/Zahnarzt), übermittelt.

Empfänger:
Im Rahmen des Factoringverfahrens werden wir Ihre Daten im Geschäftsbetrieb an unseren Auftraggeber, darüber hinaus zum Zwecke des Rechnungsdrucks der Fa. BIT Lettershop GmbH, Pascalstraße 13, 47506 Neukirchen-Vluyn, als Druckdienstleister übermitteln. Zum Zwecke des Forderungsmanagements bei Nichtzahlung trotz Mahnung können die Daten an die Saldaris GmbH, Am Lichtbogen 55, 45141 Essen weitergegeben werden. Ggfs. weitere in Betracht kommende Kategorien von Empfängern sind, sofern dies zum Ankauf der Forderung und deren Einzug erforderlich ist: weitere Auskunfteien, Dienstleister, Einwohnermeldeämter, Rechtsanwälte, refinanzierende Banken.

Dauer der Speicherung:
Nach Zahlung der ausstehenden Forderung oder Beendigung des Inkassoverfahrens prüfen wir nach Ablauf von 3 Jahren, ob wir Ihre Daten noch benötigen und ob einer Löschung gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Rechte der betroffenen Person:
Ihnen stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte nach Art. 15-22 DS-GVO zu: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Datenübertragbarkeit. Ihnen steht jederzeit gem. Art. 7 Abs.3 DS-GVO das Recht zu, die Einwilligung zu widerrufen. Hiervon wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:
Sie haben gemäß Art. 77 DS-GVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.

frauenpraxis
Dr. Katrin Fronhoff
Dr. Kerstin Meyer-Wilmes

Anamnesebogen

Name:	**Geb.-Datum:**	**Beruf:**
Vorname:		
Telefon (Festnetz):	**Handy-Nr.:**	**E-Mail:**

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus Typ I ☐ Typ II	☐	Bluthochdruck	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Herzerkrankungen	☐
Angststörung	☐	Krebserkrankung (welcher Art)	☐
Depressionen	☐	Krampfadern	☐
Migräne	☐	Gerinnungsstörung/Thrombose	☐
Sonstige Erkrankungen:			

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie: (z.B. Krebsleiden/Bluthochdruck/Zuckerkrankheit, Thrombose oder Embolien) Nein ☐ Ja ☐ wenn ja welche:	**Leiden Sie an Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten?** Nein ☐ Ja ☐ wenn ja welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Nahrungsergänzungen ein? Nein ☐ Ja ☐ wenn ja welche:	**Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche**
	Datum

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?		**Geburten/Frühgeburten (Kaiserschnitt/Spontan/ Zange/Saugglocke)**			
Jahr	Operation	Datum	Geburtsart	Gewicht	Geschlecht

Aktuelle Beschwerden:		
Letzte Krebsvorsorge: Wann:	**Wo:**	
Gewicht:		
Größe:		
Wie verhüten Sie?:		
HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs): Ja ☐ Nein ☐	**Welche:**	**Wie viele:**
Darmspiegelung:	Ja ☐ Nein ☐	**im Jahre:**
Letzte Mammographie:		**im Jahre:**
Letzte Periode:		
Rauchen Sie?	Ja ☐ Nein ☐	
Vermuten Sie eine Schwangerschaft?	Ja ☐ Nein ☐	
Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden (Recall-System)	Ja ☐ Nein ☐	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:		

UNTERSCHRIFT: _____

frauenpraxis
Dr. Katrin Fronhoff
Dr. Kerstin Meyer-Wilmes

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name	Vorname	Geb.-Datum
E-Mail Adresse	**Telefon**	**Mobil**

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Frauenpraxis Hannover, diese mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, **soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.**

Pathologie Hannover Zentrum **Berliner Allee 48** **30175 Hannover**	**Dr. med. Khalifa** **Hildesheimerstraße 102-104** **30173 Hannover**	**Amedes Hannover** **Georgstraße 50** **30159 Hannover**
(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)	(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)	(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)

2. Berechtigung Dritter (z.B. Ehepartner, Kinder, etc.)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung" hinter der jeweiligen Person eingetragen.

(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bzw. gesetzlicher Vertreter)