



# MAMMOGRAPHIE SCREENING SÜDBADEN

Freiburg-Stadt – Breisgau-Hochschwarzwald – Emmendingen – Lörrach – Waldshut-Tiengen

## Datenbogen privatversicherte Teilnehmerin

Sehr geehrte Teilnehmerin,

wir bitten um Verständnis, dass wir für die Abrechnung von Ihnen folgende Angaben benötigen:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....  
.....

Rechnungsadresse: .....  
.....

Telefonnummer: .....

Versicherung: .....

Versicherungsnummer: .....

Sie erhalten drei Rechnungen: Eine Rechnung von uns für die Erstellung der Mammographie und zwei Rechnungen der beiden Befunder/innen, die die Mammographien beurteilen (gemäß Vereinbarung zwischen der KBV und dem Verband der PKV).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Leistungen der Screening-Einheit nach der jeweils geltenden GOÄ in Rechnung gestellt werden.

.....  
Datum/ Unterschrift

Programmverantwortliche  
Ärzte

Dr. med. A. Büttner  
Facharzt für  
Diagnostische Radiologie  
S. Büttner  
Fachärztin für Radiologie

Wirthstr. 11 A  
79110 Freiburg

Telefon: 0761/7671603  
Fax: 0761/7671650  
E-Mail: mammographie-  
screening@gmx.de  
Internet: www.se-sb.de



**Mammographie Screening Südbaden**

Wirthstr. 11 A

79110 Freiburg

Dr. Alexander Büttner, Susanne Büttner, PVÄ

BSNr. 57 77 001 00

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung  
Schweigepflichtentbindungs-/Abtretungserklärung  
zur Erstellung von Privatliquidationen**

Sehr geehrte Teilnehmerin,

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeiten wir mit der

**MEDCOM  
ARZTRECHNUNGS-SERVICE GmbH  
Gustav-Heinemann-Ufer 74 a  
50968 Köln**

zusammen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen wie unser Personal den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Unsere Honorarforderung bzgl. der durchgeführten Behandlung treten wir an die Abrechnungsstelle ab. Das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die MEDCOM GmbH Prozesspartei und die behandelnden Ärzte würden gegebenenfalls als Zeugen gehört werden.

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihre Einwilligung gem. § 4a BDSG bzw. Art. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) zur Abtretung der Forderung und zur Übermittlung der notwendigen persönlichen Daten zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Einzugs der Forderung an die o. g. Abrechnungsstelle. Insoweit entbinden Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin zugleich von der Verpflichtung zur Einhaltung des Datenschutzes (Wahrung des Datengeheimnisses) sowie der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen, die dazugehörigen Diagnosen, Behandlungstage sowie Namen, Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen.

Die Daten werden nur zu o. g. Zwecken verwendet und nicht ohne ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben. Sie können die Erklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft gegenüber Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift