

**Erklärungen zur Privatrechnung und Einwilligung in die Weitergabe von persönlichen Daten  
(Schweigepflichtentbindungserklärung) gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) für die ärztliche Honorarabrechnung  
sowie die Abtretung der Honorarforderungen an die COMPASS GmbH - 58285 Gevelsberg / 02332 – 4945**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Parteien sind sich darüber einig, dass die ärztlichen bzw. technischen Leistungen der Praxis im Rahmen eines privatärztlichen Untersuchungs-/ Behandlungsvertrages erbracht werden. Grundlage der privatärztlichen Behandlung und Rechnungsstellung ist die amtliche Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ). Der Gebührenrahmen der GOÄ reicht bis zum 3,5 / 2,5-fachen Steigerungssatz. Für liquidierte Leistungen oberhalb des Satzes 2,3 / 1,8 sind kurze Begründungen vorgeschrieben, welche die Ärztin / der Arzt fallbezogen vornimmt. Die eventuelle Erstattung der Kosten an Sie als Patienten durch Ihre Versicherung oder Beihilfestelle ist hierbei ebenso wie eine eventuelle Selbstbeteiligung unerheblich. Daraus ergibt sich, dass Ihre private Krankenversicherung / Beihilfestelle möglicherweise die in Rechnung gestellten Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt.

Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung, insbesondere der Beihilfe, verpflichten Sie sich nach § 611 BGB, die in Rechnung gestellten Beträge für in Anspruch genommene Leistungen (nach den Bestimmungen der GOÄ) in voller Höhe zu begleichen.

Um den Verwaltungsaufwand möglichst klein zu halten, erfolgen Rechnungserstellung und Forderungseinziehung vorbehaltlich Ihrer Einwilligung über die COMPASS GmbH, Abrechnungsstelle für Privatliquidationen der Ärzte, Heideschulstr. 48, 58285 Gevelsberg, an die die Praxis ihre Honorarforderung abtreten wird. Die Rechnungserstellung ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden und erfolgt nach den ärztlichen Vorgaben. Die Abrechnung durch Compass ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich. Sie dient der Entlastung Ihrer Praxis. Ohne Ihre Einwilligung muss die Praxis die Forderung selbst abrechnen. Im Falle Ihres nachfolgenden Einverständnisses darf ich Sie bitten, dieses Formular vollständig auszufüllen, mit Ihrer Unterschrift zu versehen und mit Ihrer Privatpatientenkarte (Versicherung) bzw. Ihrem Personalausweis an der Anmeldung abzugeben. Ihre(n) Karte bzw. Ausweis erhalten Sie natürlich umgehend zurück. Im Falle des Nichteinverständnisses mit nur einem hier aufgeführten Sachverhalt bitten wir Sie, dies ausdrücklich mitzuteilen und hier schriftlich zu vermerken.

Ihre Praxis

Name, Vorname des Patienten : \_\_\_\_\_

Geb.-Datum / Tel-Nr des Patienten : Geb.-Dat. : \_\_\_\_\_ TelNr : \_\_\_\_\_

Anschrift des Patienten : \_\_\_\_\_

eMail-Adresse des Patienten\* : \_\_\_\_\_

Hauptversicherter (gesetzl. Vertreter) : \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. : \_\_\_\_\_

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

Angaben zur Privatversicherung : Name : \_\_\_\_\_ Vers.-Nr: \_\_\_\_\_ Beihilfe: ja / nein\*\*

Basistarif\*\* / Standardtarif\*\* der PKV : ja / nein\*\* – Ausweis-Nr: \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angabe

\*\* nicht Zutreffendes streichen

Einwilligung zu Gunsten der COMPASS GmbH

Ich stimme der Übermittlung meiner in der Patientendatei gespeicherten persönlichen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Diagnosen, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc., an die COMPASS GmbH zu. Die Zustimmung umfasst die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Rechnungserstellung, den Rechnungsdruck/-versand durch einen Postdienstleister, die Abtretung der ärztlichen Honorarforderung an die COMPASS GmbH sowie der möglichen Bonitätsprüfung über die SCHUFA Holding AG, Wiesbaden (für jede gegenwärtige und zukünftige Behandlung durch meine(n) Ärztin / Arzt. Hierzu entbinde ich sie / ihn von der Schweigepflicht, wobei mir bewusst ist, dass mein(e) Arzt / Ärztin im Zuge der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung als Zeuge / Zeugin gehört werden kann. Des Weiteren stimme ich einer ggf. sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen – unter Wahrung meiner personenbezogenen Daten – durch die Compass GmbH an eine refinanzierende Bank – hier: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf – zu. Die Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen von der COMPASS GmbH, welche selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, elektronisch gespeichert. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist diese Patienteneinwilligung gem. Art. 6 Abs. 1, Art. 7 & Art 9 Abs. 2 der DSGVO. Rechnungsbezogene Daten müssen bis zur Zweckerreichung bzw. aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften in der Regel zehn Jahre gespeichert werden.

Ich kann diese freiwillige Einverständniserklärung gem. DSGVO jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Art. 7), Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Art. 15), deren Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17) oder Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18) verlangen sowie mein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20) geltend machen. Einer Datenverarbeitung kann ich bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen widersprechen (Art. 21) und mich bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77) beschweren.

Weitere Patienteneinrichtungen zum Datenschutz der COMPASS GmbH und der SCHUFA Holding AG sind zusätzlich unter [www.compass-gmbh.de/datenschutz](http://www.compass-gmbh.de/datenschutz) abrufbar. Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten lauten:  
Datenschutzbeauftragte der Compass GmbH, Heideschulstr. 48, 58285 Gevelsberg, 02332-4945, [datenschutz@compass-gmbh.de](mailto:datenschutz@compass-gmbh.de)

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in