

**Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzrecht seit 25. Mai 2018**

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters \*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \*

Ich habe davon Kenntnis, dass die DataMed GmbH die Behandlung meines Arztes/Therapeuten mir gegenüber in Rechnung stellt und die an die DataMed übermittelten Daten zu meiner Person dort gespeichert werden. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 BDSG. Im Falle eines Rechtsstreites ist die Verrechnungsstelle Prozesspartei und der Arzt/Therapeut würde gegebenenfalls als Zeuge gehört werden.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie etwa Rechnungsempfänger, Patient, Geburtsdatum, Diagnosen, die für die Abrechnung der jeweiligen konkreten ärztlichen/therapeutischen Leistung erforderlichen Daten an die DataMed GmbH, Helmholtzstr. 4, 53123 Bonn, Telefon 0228 652232. Soweit es für die genannten Zwecke und die Einholung einer Bonitätsauskunft erforderlich ist, entbinde ich meinen behandelnden Arzt/Therapeuten von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass mir die Rechnung an folgende E-Mail-Adresse zugesandt wird:

\_\_\_\_\_  
Ich bin darüber informiert, dass DataMed Bonitätsauskunft einholt. Zu diesem Zweck entbinde ich die DataMed von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 6 StGB). Es werden lediglich die für die Prüfung des berechtigten Interesses erforderlichen Daten (Name und Adresse des behandelnden Arztes, Name und Adresse des Patienten, Rechnungsbetrag) übermittelt. Diagnosen, Befunde, Gebührensätze, Facharztbezeichnung u. ä. werden nicht ermittelt. DataMed löscht meine Daten, sobald sie für die Erreichung des Zweckes ihrer Erhebung nicht mehr erforderlich sind und soweit einer Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen. Ferner bin ich mit der Abtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die DataMed einverstanden.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von mir widerrufen werden. Die Mitarbeiter unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.

Streichungen und Änderungen dieses Textes sind nicht zulässig.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters

\* nur bei Personen unter 18 Jahren,  
Geschäftsunfähigen bzw. beschränkt Geschäftsfähigen