

# Patientenvertrag

## und Datenschutzerklärung

zwischen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

und

**Praxis Dipl. Med. Christiane Klein & Dr. med. Alexander Winter**  
**Hauptstrasse 17, 75391 Gechingen**

Hiermit wird ein „Arzt-Patienten-Vertrag“ zwischen oben genannten Patienten / oben genannter Patientin und der Praxis geschlossen. Die Praxis verpflichtet sich, entsprechend der allgemein üblichen ärztlichen Schweigepflicht zu verhalten. Dieses gilt sowohl für die Ärzte als auch für die Beschäftigten der Praxis. Eine Dokumentation der Krankengeschichte erfolgt in unserer Praxissoftware. Auf die ärztliche Dokumentationspflicht und die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungspflicht (Zeitraum der Speicherung der erhobenen Daten) wird an dieser Stelle verwiesen. Das Praxisnetzwerk wird durch eine aktuelle Security-Software geschützt. Das rechtswidrige illegale Betreiben von Hackern, die sich an unseren Sicherungsmaßnahmen vorbeiarbeiten, stellt eine Straftat dar, die wir eventuell trotz aller Bemühungen nicht verhindern können. Auch auf Zugriffsmöglichkeiten von Krankenkassen, gesetzliche Stellen oder Abrechnungsstellen insbesondere durch die eHealth-Card haben wir keinen Einfluss und müssen hier auf Grund gesetzlicher Regeln den Datenschutz aufgeben. Informationen zum Datenschutz sind auf unserer Homepage [www.praxis-klein-winter.de](http://www.praxis-klein-winter.de) unter der Rubrik Datenschutz einsehbar und können auf Wunsch auch in Schriftform eingesehen werden.

Die Praxis wird ermächtigt, auf Verlangen entsprechender Stellen Auskunft zu erteilen und Anfragen zu beantworten. Es handelt sich dabei um:

- Krankenversicherung, MDK
- Versicherungen (Lebens..., Renten..., Unfall..., etc.), Kostenerstattung ggf. auch zu Lasten des Patienten
- Gericht

**Bei Verweigerung bitte eindeutig streichen.** Eine Weitergabe an andere wird nur auf expliziten Wunsch und nach Zustimmung des Patienten erfolgen. Diese Ermächtigung sollte bevorzugt schriftlich erfolgen.

Die Praxis wird berechtigt, Berichte, Briefe und Befunde von anderen Ärzten oder Krankenhäusern anzufordern. Ebenso stimmt der Patient / die Patientin zu, dass Befunde unserer Praxis oder uns vorliegende Fremdbefunde an weiterbehandelnde oder mitbehandelnde Ärzte, Therapeuten und andere Leistungserbringer (z.B. Labor) weitergeleitet werden. Ein Befundaustausch mit anderen Ärzten, Therapeuten und Leistungserbringern (z.B. Labor) zur Diagnostik und Therapieoptimierung wird zugestimmt. **Bei Verweigerung den Absatz bitte eindeutig streichen.**

Bei Privatpatienten / Privatpatientinnen erfolgt eine Abrechnung nach GOÄ über die PVS (Private Verrechnungsstelle). Ebenso bei Kassenpatienten / Kassenpatientinnen für Leistungen, die die GKV nicht übernimmt oder aber auch im Nachhinein streicht (Regressforderung der Krankenkasse bei uns). Kann der Patient / die Patientin seinen / ihren Versicherungsschutz bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nachweisen, so erfolgt eine Privatliquidation. Ein Anspruch auf nachträgliche Änderung des Versicherungsstatus besteht nicht. Rezepte können ohne vorliegenden GKV-Schutz nur als Privatrezept erstellt werden. Mit diesem Vertrag stimmt der Patient / die Patientin diesem Procedere zu.

Es ist mir bekannt, dass ich diesen Vertrag und die Erklärung zum Datenschutz jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Gechingen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / Patientin bzw. gesetzlicher  
Vertreter / gesetzliche Vertreterin

Vertrag ohne Unterschrift der Praxisverantwortlichen mit Unterschrift des Patienten/Patientin/gesetzlichem Vertreter(-in) gültig.