Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Angaben d. Patient*in

Name, Vorname, Anschrift d. Patient*in:

Geboren am:

Angaben d. Rechnungsempfänger*in[1]

Name, Vorname, Anschrift d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in:

Geboren am:

1) Eltern / Vormund / Betreuer*in bei Patient*innen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen.

Sofern bei Minderjährigen nur ein/e Sorgeberechtigte/r unterzeichnet: Ich sichere zu, dass die weitere Person, mit der ich mir das Sorgerecht für d. Patient*in teile, in die Abgabe dieser Erklärung ausdrücklich eingewilligt hat, soweit ich hierzu nicht allein berechtigt bin.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter: www.healthag.de/datenschutz

Einwilligungserklärung

Streichungen und/oder Änderungen an den angeführten Punkten führen zur Unwirksamkeit der Einwilligungserklärung.

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:

Ich bin einverstanden,

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die BAWAG AG Niederlassung Deutschland, Gasstraße 4 c, 22761 Hamburg, die ihre Finanzierungsdienstleistungen in Deutschland u.a. unter dem Markennamen Health AG anbietet, und ihrer zu diesem Zweck dort erfolgenden Erfassung, Speicherung und Verwendung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit die Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und die Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Einwilligung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber den Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient*in / ggf. gesetzlicher/ gesetzliche Vertreter*in

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung (Art. 13 f. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG)

Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe/r gesetzliche/r Vertreter*innen

wir möchten uns ganz auf Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an eine Partnerin unseres Vertrauens zu übergeben. Die BAWAG AG Niederlassung Deutschland, die ihre Finanzierungsdienstleistungen in Deutschland u.a. unter dem Markennamen Health AG anbietet, ermöglicht im Rahmen eines Factoringverhältnisses die zügige und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie. Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG. Die Angaben sind dort in guten Händen. Die Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Damit die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG möglich wird, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 1, 2 lit. a DSGVO.

Die von der Health AG verarbeiteten Gesundheits- und Rechnungsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der und auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an die/den Datenschutzbeauftragte/-n der Health AG, E-Mail: datenschutz@healthag.de. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Health AG finden Sie unter www.healthag.de/datenschutz.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Ludwig-Erhard-Str. 22 | 20459 Hamburg
T +49 40 42854-4040/4000 | mailbox@datenschutz.hamburg.de

Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.
Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

BAWAG AG Niederlassung
Deutschland – Health AG
Patientenservice
Gasstraße 4c
22761 Hamburg

T +49 40 524 709-000
info@healthag.de
www.healthag.de

Health AG

20260225/EWE_oB