

# EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

## Datenschutzrechtliche Einwilligung

Zwischen (zutreffendes ankreuzen)

Klinik

Krankenhaus

Arztpraxis

Therapiepraxis

---

Name Klinik/Krankenhaus/Praxis

---

Straße/Hausnummer

---

PLZ / Ort

---

Telefon

vertreten durch

---

Vollständiger Name Geschäftsführer Klinik/Krankenhaus, Praxisinhaber/Vertretungsberechtigter

und (zutreffendes ankreuzen)

der Patientin

dem Patienten

---

Anrede

---

Name/Vorname der Patientin/des Patienten

---

Straße/Hausnummer

---

PLZ/Ort

---

Telefon

wird die umseitige Vereinbarung für die Datenweitergabe an Dritte geschlossen.

---

Ort, Datum

---

Name in Druckbuchstaben

---

Unterschrift Arzt/Therapeut, Stempel

---

Ort, Datum

---

Name in Druckbuchstaben

---

Unterschrift Patient

Für den Fall, dass ich die Rechnung nicht, nicht pünktlich oder nicht vollständig begleiche, wird die Klinik / das Krankenhaus / der Arzt / der Zahnarzt / der Therapeut die Forderung zum Einzug und gegebenenfalls zur gerichtlichen Geltendmachung an die **Collectia GmbH, Brunnwiesenstraße 4, 94469 Deggendorf** und ggf. die ihr angeschlossene rechtsanwaltliche Verbundkanzlei **Jochen Schatz, Schloßstraße 48a, 12165 Berlin** übergeben und ggf. abtreten.

### **Einwilligung zur Übergabe und Abtretung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zum Zweck der Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, ggf. Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc., jedoch keine Gesundheitsdaten, an die Collectia GmbH weitergibt.

### **Abtretung zwecks Einzug**

Insoweit entbinde ich die Klinik / das Krankenhaus / den Arzt / den Zahnarzt / den Therapeut ausdrücklich von seiner ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass die Klinik / das Krankenhaus / der Arzt / der Zahnarzt / der Therapeut die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die Collectia GmbH zur Forderungsbeitreibung und zur möglicherweise klageweisen Geltendmachung abtritt.

### **Abtretung zwecks Kauf**

Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung die Collectia GmbH mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber Collectia GmbH zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Klinik/Krankenhaus/Arzt/Zahnarzt/Therapeut als Zeuge vernommen werden kann.

### **Einwilligung nach Datenschutzgesetz**

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von der Klinik / dem Krankenhaus / dem Arzt / dem Zahnarzt / dem Therapeut – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine oben genannten Daten im Falle der Abtretung und/oder zum Zweck der Einziehung und, falls notwendig, zum Zweck der gerichtlichen Durchsetzung der Forderung an die Collectia GmbH übermittelt und von dieser verarbeitet und genutzt werden.