

Einverständniserklärung zur Weitergabe der persönlichen Daten an die privatärztliche Abrechnungsstelle Kubowitsch (PRIVA)

Hiermit erkläre ich,

.....
(Name des Patient/ der Patientin),

mich damit einverstanden, dass meine notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, erbrachte Leistungen nach Gebührenordnung, dazugehörige Diagnosen) im Rahmen der privatärztlichen Abrechnung von der Optipath, MVZ für Pathologie, Frankfurt am Main an die privatärztliche Abrechnungsstelle Kubowitsch (PRIVA), Amselweg 23, 63688 Gedern weitergegeben werden und die Rechnungsstellung durch die PRIVA erfolgt, deren Mitarbeiter den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und zusätzlich durch einen Datenschutzbeauftragten zur ordnungsgemäßen Anwendung der europäischen Datenschutzverordnung/ des Bundesdatenschutzgesetzes überwacht werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten/ der Patientin