



# Dr. Löffler & Co. KG

Abrechnung im Gesundheitswesen

Leistungserbringer/-in im Gesundheitswesen  
(vollständige Bezeichnung bzw. Praxis-/  
Firmenstempel)

Patient/-in bzw. Leistungsempfänger/-in:

(Vor- und Nachname)

(Adresse)

Geburtsdatum

## Einwilligung zur Abrechnung

Ich willige ein, dass mein Name, meine Anschrift, mein Geburtsdatum sowie meine abrechnungsrelevanten Gesundheitsdaten vom Leistungserbringer/-in an die

**Dr. Löffler & Co. KG, Schildergasse 120, 50667 Köln (Abrechnungszentrale)**

ausschließlich zur Abtretung und Abrechnung übermittelt und dort verarbeitet werden. Für den Fall, dass ich Selbstzahler bin, stimme ich zu, dass die Abrechnungszentrale im Zuge ihrer Refinanzierung bei der Commerzbank AG meinen Namen und den jeweils offenen Betrag dieser auf Anfrage mitteilt.

Die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung sind meine Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a der EU- Datenschutzgrundverordnung sowie die sozialrechtlichen Erlaubnistatbestände, vgl. insbesondere §§ 300 Abs. 2, 302 Abs. 2, 295a Abs. 3 SGB V sowie § 105 Abs. 2 SGB XI. Mir ist bekannt, dass es keine gesetzliche Pflicht gibt, diese Einwilligung zu unterzeichnen, eine Abrechnung über die Abrechnungszentrale bei Verweigerung der Einwilligung aber ggfls. nicht erfolgen könnte.

Die Abrechnungszentrale wird meine Daten unverzüglich löschen, sobald sie für die Abtretung, Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen nicht mehr erforderlich sind. Anstelle der Löschung tritt die Einschränkung der Verarbeitung (Sperrung), sofern gesetzliche Aufbewahrungspflichten einzuhalten sind. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für meine Daten betragen in der Regel zehn Jahre. Ich habe ein Recht auf Auskunft gegenüber der Abrechnungszentrale, welche meiner Daten verarbeitet werden sowie auf Berichtigung, auf Löschung bzw. auf Einschränkung der Verarbeitung. Ferner habe ich ein Recht auf Datenübertragbarkeit sowie ein Beschwerderecht bei der für die Abrechnungszentrale zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.

Die Datenschutzbeauftragte der Abrechnungszentrale ist die Kinast Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hohenzollernring 54, 50672 Köln, Telefon 0221/222 183 0.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Abrechnungszentrale oder dem/der Leistungserbringer/-in widerrufen. Der Widerruf entfaltet lediglich Wirkung für die Zukunft, d.h. bis zum Widerruf bleibt die Verarbeitung rechtmäßig.

---

Datum und Unterschrift des Patienten/Leistungsempfängers bzw. dessen Vertreters/in