



Fragebogen Erstbesuch

HP Jörg Prädell Kardinal-Galen-Str. 20 47051 Duisburg 0203-336265

Name _____	Geburtsdatum _____
Straße _____	Tel _____
PLZ/Ort _____	Beruf _____
E-Mail _____	Größe/ Gewicht _____
Empfehlung über _____	Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzlich Beihilfe/Post Privat Versicherung Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung:

Anleitung: Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten die Fragen bitte mit eigenen Worten beantworten.

Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an:

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Weitere Erkrankungen – Welche weiteren Erkrankungen treffen für Sie zu?

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> Durchfall/Verstopfung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | | |

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister. z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Sonstiges:



Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel bitte angeben.

wenn ja welche Blutfette Zucker Harnsäure Schilddrüse Blutdruck/Herz Hormone
 Sonstige Vitamin D

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? Ja Nein Wenn ja, wie häufig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren Tinnitus links / rechts seit Schwerhörigkeit

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation

Brust/Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber Entzündung – Hepatitis – erhöhte Leberwerte

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Würmer als Kind

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übelriechend
Neigung zur Verstopfung / Durchfall, wechselhaft
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, schmierig, ich kann den
Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden



Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
Beine	Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen
Haut/Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reizen ein
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja - bitte beim Besuch zeigen 0 Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten
Menstruation	Wann war die erste Menses wann die letzte..... Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche Wechseljahrs- Beschwerden
Nehmen Sie Verhütungsmittel?	Welche
Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen etc.
Niere/Blase	Nierensteine, Entzündungen -häufig.....
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach
Sexualität	vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Meine Blutgruppe	Blutdruck zu hoch / zu niedrig
Rauchen Sie?	Wie viele Zigaretten am Tag?
Auf einer Skala von 1-10 - wobei 10 optimal wäre - wie viel Energie haben Sie?	
Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?	
Welche Getränke trinken Sie?	
Treiben Sie Sport? Welchen?	



Fortsetzung - Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

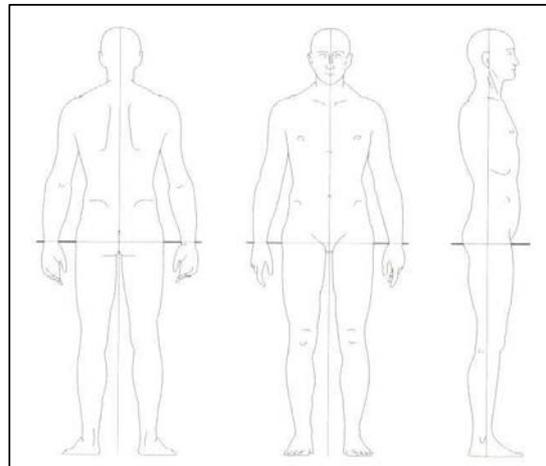
Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub



Ernährung

Essen Sie vegetarisch oder vegan?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie vorgestern und gestern gegessen haben?

	Vorgestern	gestern
Morgens		
Mittags		
Abends		
Zwischenmahlzeiten		

Haben Sie Heißhunger, auf...?

Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

Besteht eine Laktose – Fruktose oder Glutenuverträglichkeit?

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?

.....
.....

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?

.....
.....



Krankengeschichte

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gemüt

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Grollen Sie jemandem?

Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben?



Informationen zur Kostenübernahme und Terminvereinbarung

Patient _____ geb. _____

Kostenübernahme Kassenpatienten

Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen **nicht** übernommen. Die Kosten für die Erstberatung betragen **150,-€**. Alle weiteren Behandlungen erfolgen nach individueller Absprache und unterliegen nicht dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

Terminvereinbarungen: Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

Kostenübernahme Privat/Beihilfepatienten:

Eine pauschale Aussage ist hier nicht möglich. In Abhängigkeit von Ihrer privaten Krankenversicherung, Ihrem Vertrag und Tarif kann eine teilweise bis vollständige Kostenübernahme möglich sein.

Unsere Rechnungen orientieren sich am Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

In manchen Fällen verweigern die privaten Krankenversicherungen die Kostenübernahme allerdings auch vollständig und berufen sich dabei auf die "Wissenschaftlichkeitsklausel" oder andere wiederkehrende Ablehnungsgründe für Naturheilkunde.

Die Kosten für die Erstberatung betragen 180,-€.

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Kranken-Versicherungen ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu zahlen.

Terminvereinbarungen - Termine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in voller Höhe der vorgesehenen Leistungen als Ausfalleistung in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich, dass ich mich vor der Behandlung über die oben aufgeführten Leistungs- und Abrechnungsmodalitäten informiert habe und ich diese verstanden habe.

Ort/ Datum

Unterschrift



Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Naturheilpraxis Duisburg - Heilpraktiker Jörg Prädel - Kardinal-Galen-Str. 20 - 47051 Duisburg

(Bitte Stempel einsetzen o. vollständigen Namen der/des verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers mit Adresse, ggf. ext. Datenschutzbeauftragter)

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum / -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit)
- Bankverbindung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Anamnesegesprächen, Laborergebnisse

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind gesetzlich dazu verpflichtet:

- Labore und angeschlossene Partnerlabore, Steuerberater, Inkassounternehmen, Schufa

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Ihre Daten werden, außer bei der Durchführung der Mineral Balance Analytik, nicht ins Ausland übermittelt. Für diese Analytik leiten wir Ihren Namen, Größe, Gewicht und Ihr Alter an unser Partnerlabor in den USA weiter.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern. Daten, die sich aus Ihrer Behandlung ergeben, speichern wir im Rahmen des Patientenrechtegesetzes 10 Jahre. Rechnungen halten wir nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vor. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG).

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Behandlung oder die Ausführung des Auftrages / der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

Naturheilpraxis Duisburg - Heilpraktiker Jörg Prädel - Kardinal-Galen-Str. 20 - 47051 Duisburg

(Hier bitte Stempel einsetzen oder vollständigen Namen der/des Heilpraktikerin/Heilpraktikers mit Adresse angeben.)

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Naturheilpraxis Duisburg - Heilpraktiker Jörg Prädel - Kardinal-Galen-Str. 20 - 47051 Duisburg

(Hier bitte Stempel einsetzen oder vollständigen Namen der/des Heilpraktikerin/Heilpraktikers mit Adresse angeben.)

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Behandlerin/Behandler an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) durch meine/n Behandlerin/Behandler an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Behandlerin/Behandler insoweit von ihrer/seiner Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunfteien (Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informations-Dienst GmbH, Schwägerchenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht;
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch mediserv einschließlich Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung an mediserv durch meine/n Behandlerin/Behandler übermittelten personenbezogenen Daten an die Bank 1 Saar, Saarbrücken, und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Behandlerin/Behandler sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Datwertstempel

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei mediserv kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 06 81 / 4 00 07 89 E-Mail: service@arztrechnung.de
 Fax: 06 81 / 4 0 00 76 Internet: www.arztrechnung.de

Die Mitarbeiter der mediserv unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. mediserv verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,
 Ihre Praxis / Klinik

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüserath und Edoard Laub.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv ist unter o.g. Anschrift -Abteilung Datenschutz - oder per E-Mail unter datenschutz@mediserv.de erreichbar. Eine unerschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitsrisiken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

2. Zwecke der Datenverarbeitung durch mediserv

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

4. Herkunft der Daten

mediserv verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufungsbeholden mitgeteilt werden; daneben können durch mediserv zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunfteien herangezogen werden.

5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunfteien mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen

mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erlösung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen, Informationen)

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunfteien ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlichen rechtlichen Befugnissen ausgestattete private rechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

7. Dauer der Datenspeicherung

mediserv speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber mediserv das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für mediserv zuständige Aufsichtsbehörde, das unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber mediserv widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen