

Inkasso für Ärzte/Heilberufe/Anwälte und Steuerberater

Sie sind Arzt, Zahnarzt, Anwalt, Steuerberater oder üben einen Heilberuf (Logopäde, Ergotherapeut, Häusliche Pflege, Heilpraktiker, Psychologe,...) aus?

In diesem Fall gehören Sie einer Berufsgruppe an, die regelmäßig mit sensiblen bzw. intimen persönlichen Daten in Berührung kommt und unter die Schweigepflicht des § 203 StGB fällt. Sie sind damit Berufsheimnisträger. Alsolcher dürfen Sie Ihre notleidenden Forderungen nur dann einem Inkassounternehmen zur weiteren Bearbeitung und Beitreibung der Forderung übergeben, wenn Ihr Patient oder Mandant Sie entsprechend von Ihrer Schweigepflicht entbunden hat.

Zum Schutz der Persönlichkeitsrechte Ihres Patienten oder Mandanten ist die Weitergabe von persönlichen Daten aus datenschutzrechtlichen Gründen unzulässig, wenn Ihr Patient oder Mandant über die Weitergabe nicht vorab informiert wurde und in dieser ausdrücklich zugestimmt hat.

Ein Verstoß gegen die Vorschriften des Datenschutzes kann für Sie als Berufs-heimnisträger zudem erhebliche strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (§ 203 StGB). Darüber hinaus stellt auch die EU-DSGVO erweiterte Anforderungen an die Einholung von Einwilligungserklärungen.

Bitte berücksichtigen Sie dies. In der Saldaris GmbH wird der Datenschutz groß geschrieben und die Einhaltung der Vorschriften stets durch unseren externen Datenschützer, Herrn Joachim Kramer, Datenschutzauditor-TÜV, überwacht.

Folgende Angaben sollte eine EU-DSGVO konforme Einwilligungserklärung enthalten:

- Einverständnis zur Übergabe der personenbezogenen Daten zum Zwecke der Forderungseinziehung durch Saldaris,
- Einverständnis zur Übergabe der Honorarrechnung und/oder Abrechnungsunterlagen/ Mahnungen,
- Entbindung von der Schweigepflicht, soweit dies zur Geltendmachung der Forderung durch die Saldaris GmbH erforderlich ist,
- Information über Bonitätsauskünfte,
- Hinweis auf das Widerrufsrecht des Patienten/Mandanten.

Ein entsprechendes auf die Saldaris GmbH ausgestelltes Muster stellen wir Ihnen in unserem Downloadbereich zur Verfügung.

Sollten Sie anstelle der Selbstabrechnung vor Einschaltung der Saldaris GmbH ein Abrechnungs- oder Factoringunternehmen einschalten, kann die Saldaris GmbH auch in die dortige Einwilligungserklärung integriert werden.

Sinnvoll ist es, die Einwilligung bereits mit Begründung des Patienten oder Mandatsverhältnisses von Ihrem Patienten oder Mandanten unterschreiben zu lassen.

Für Fragen zu diesem Thema stehen wir Ihnen unter der Rufnummer 0201/890792-30 oder unser Datenschutzbeauftragter unter der Rufnummer 2052/9289766 gerne zur Verfügung.

Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung zur Einziehung von Honorarforderungen gemäß Art 6 I a EU-DSGVO

Hiermit erkläre ich,

(Vorname, Name): _____ (Geburtsdatum): _____

(Straße, Hausnummer): _____

(PLZ, Wohnort): _____

(Telefon): _____ (E-Mail*): _____

(ggfs. Vorname und Name des gesetzl. Vertreters): _____

(ggfs. Anschrift des gesetzl. Vertreters): _____

mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die _____ (Praxis) für den Fall, dass ich mich mit Honorarforderungen im Zahlungsverzug befinde, dem Inkassodienstleister Saldaris GmbH, Leimkugelstraße 13, 45141 Essen sowie ggfs. einem Anwalt alle zum Zwecke der Geltendmachung und Einziehung der Honoraransprüche erforderlichen Daten und Informationen aus meiner Patienten- oder Mandatsakte (insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsbetrag, Vertragsart, Vertragsdatum, Formulare) übermittelt.

Ich entbinde die o.g. Praxis und die dort tätigen Berufsgeheimnisträger diesbezüglich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, soweit dies zur Geltendmachung der Forderung notwendig ist.

Ich willige ein, dass die Saldaris GmbH, eine Informationsauskunft zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten von der infoscore consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden Baden und/oder von der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden einholen darf.

Ferner erteile ich meine Einwilligung, dass die Saldaris GmbH berechtigt ist, bei den vorgenannten Auskunftseien Bonitätsinformationen auf Basis mathematischer-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten einzuholen. Die Einwilligung gilt auch für künftige Behandlungen.

Sie kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Eine Mehrfertigung dieser Erklärung kann ich auf Wunsch anfordern. Streichungen und/oder Änderungen dieser Erklärung sind unwirksam.

(Ort, Datum) (Unterschrift Patient/Mandant bzw. gesetzl. Vertreters)