

## **Patienteneinverständnis**

Telemedizinische augenärztliche Abklärung, Datenverarbeitung & Abrechnung\*\*

(digitale Version zur Ablage in der MedStage-Patientenakte)

---

### **1. Patientendaten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

---

### **2. Aufklärung über die Art der Untersuchung**

Ich wurde darüber informiert, dass im Rahmen meiner Untersuchung nichtärztliche, technische Messungen am Auge durch einen Optometristen durchgeführt wurden.

Diese Untersuchungen erfolgen eigenständig und stellen keine ärztliche Leistung dar.

Sie ersetzen keine persönliche augenärztliche Untersuchung.

---

### **3. Speicherung der Untersuchungsdaten (MedStage-Patientenakte)**

Ich wurde darüber informiert, dass die im Rahmen der nichtärztlichen Untersuchung erhobenen Daten und Bilder (z. B. Messwerte, Bilddaten, Befunde)

- durch den Optometristen
- in einer cloudbasierten digitalen Patientenakte (MedStage)

gespeichert werden.

Zu dieser Patientenakte erhält der im Folgenden benannte Augenarzt und seine Mitarbeiter Zugriff, soweit dies für die augenärztliche Beurteilung erforderlich ist.

---

### **4. Einwilligung in eine augenärztliche Beurteilung**

Ich wünsche auf eigenen Wunsch eine augenärztliche Beurteilung der erhobenen Untersuchungsdaten.

Mir ist bekannt, dass diese ärztliche Beurteilung nicht im Optikgeschäft, sondern durch einen räumlich getrennt tätigen Augenarzt erfolgt.

Der behandelnde Augenarzt ist:

Prof. Dr. med. Georg Michelson

Facharzt für Augenheilkunde

Nürnberg

---

## **5. Einwilligung in die telemedizinische Beurteilung**

Ich willige ein, dass die augenärztliche Beurteilung telemedizinisch, also ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, erfolgen kann, sofern dies ärztlich vertretbar ist (§ 7 Abs. 4 MBO-Ä).

Mir ist bekannt, dass:

- die ärztliche Beurteilung auf Grundlage der übermittelten Daten erfolgt,
  - der Augenarzt jederzeit entscheiden kann, dass eine persönliche Vorstellung erforderlich ist.
- 

## **6. Abgrenzung der Verantwortlichkeiten**

Mir ist bekannt, dass:

- der Optometrist keine ärztlichen Leistungen erbringt,
- keine Diagnosen stellt und
- keine Therapieempfehlungen ausspricht.

Die ärztliche Verantwortung für Befundung, Diagnose und Therapie liegt ausschließlich beim behandelnden Augenarzt.

---

## **7. Datenschutz & Datenübermittlung**

Ich willige ein, dass die für die augenärztliche Beurteilung erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten aus der MedStage-Patientenakte an den oben genannten Augenarzt und seinen Mitarbeitern übermittelt und von diesem verarbeitet werden.

Die Verarbeitung erfolgt gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

---

## **8. Behandlungsvertrag & privatärztliche Abrechnung (GOÄ)**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass:

- zwischen mir und Prof. Dr. med. Georg Michelson ein privatärztlicher Behandlungsvertrag zustande kommt,
  - die Abrechnung der ärztlichen Leistung privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt,
  - ich Selbstzahler bin, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherung oder Beihilfe.
- 

## **9. Zwingende Abrechnung über die ärztliche Verrechnungsstelle**

### **Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH, Nürnberg**

Ich erkläre hiermit mein ausdrückliches Einverständnis, dass die Abrechnung der ärztlichen Leistungen zwingend über die

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg

erfolgt.

Zu diesem Zweck erkläre ich mich damit einverstanden, dass:

- der behandelnde Augenarzt seine Honorarforderung aus der Behandlung an die Verrechnungsstelle abtritt,
- die für die Rechnungsstellung, den Forderungseinzug und ggf. die gerichtliche Durchsetzung erforderlichen Daten (insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Diagnosen, Befunde, Rechnungsbeträge) an die Verrechnungsstelle übermittelt werden.

Ich entbinde den behandelnden Augenarzt sowie die Verrechnungsstelle insoweit ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass:

- nach Abtretung der Forderung die Verrechnungsstelle mir gegenüber Forderungsinhaberin ist,

- Einwendungen gegen die Rechnung gegenüber der Verrechnungsstelle geltend zu machen sind,
- meine personenbezogenen Daten durch die Verrechnungsstelle auch elektronisch verarbeitet werden.

Ein Widerruf dieser Einwilligung ist nur für die Zukunft möglich.

---

## **10. Freiwilligkeit & Widerruf**

Mir ist bekannt, dass:

- die Inanspruchnahme der telemedizinischen augenärztlichen Beurteilung freiwillig ist,
  - mir jederzeit der Weg zu einer persönlichen augenärztlichen Untersuchung offensteht,
  - ich meine Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- 

## **11. Digitale Bestätigung**

☐ Ich habe dieses Patienteneinverständnis vollständig gelesen und verstanden.

☐ Ich erkläre mein Einverständnis mit allen oben genannten Punkten.

---

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Zeitstempel (automatisch): \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter:

---

(digitale Unterschrift zulässig)