



Einwilligung der Weitergabe von persönlichen Daten für die ärztliche Honorarabrechnung sowie die Abtretung der Honorarforderungen.

Name / Vorname des Versicherten _____
Straße _____
PLZ _____ Wohnort _____
Name / Vorname des Patienten _____
Geburtsdatum _____
Telefon-Nummer _____
Privat-Versicherung _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Mitglied einer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle oder Ähnlichem, erhalten Sie im Anschluss an die durchgeführten Untersuchungen und/oder Behandlungen eine Rechnung.

Um den Verwaltungsaufwand möglichst klein zu halten, erfolgt die Liquidation durch eine Abrechnungsstelle für Privatliquidationen, an die ich meine Honorarforderungen abgetreten habe. Zur Rechnungserstellung und Einziehung der Honorare ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an die Abrechnungsgesellschaft/ Bank erforderlich. Die Rechnungserstellung erfolgt nach meinen Weisungen und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.

Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Berechnungsunternehmen beziehungsweise der Bank, welche selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt.

Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung, insbesondere der Beihilfe, erklären Sie sich zur Begleichung der von Ihnen gewünschten oder auch verlangten medizinischen Leistungen bereit und stimmen mit Ihrer Unterschrift diesem Abrechnungsverfahren und der Abtretung der Honorarforderungen für jede zukünftige ärztliche Behandlung durch mich und gegebenenfalls Praxisvertreter – bis auf Widerruf – zu.

Zum Schluss darf ich Sie bitten, dieses Formular vollständig auszufüllen, mit Ihrer Unterschrift zu versehen und mit Ihrem Personalausweis an der Anmeldung abzugeben. Ihren Ausweis erhalten Sie natürlich umgehend zurück.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Datum _____ Unterschrift _____