

Praxisstempel

Anmeldung für Patienten

Patient/in:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Zahlungspflichtige/r bzw. Rechnungsempfänger/in:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Krankenversicherung/Kostenträger

Beihilfe ja/nein

Tarif

Email

Mobiltelefon

Telefon

Schweigepflichtentbindung und Einwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ich habe die Abrechnung meiner privatärztlich erbrachten Leistungen an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung – dgpar GmbH übertragen. Sie werden von dieser Gesellschaft meine Liquidation erhalten. Die Gesellschaft wird nach meinen Weisungen tätig und alle Mitarbeiter unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und sind insbesondere auf das Datengeheimnis (§5 BDSG) verpflichtet.

Sie erklären hiermit Ihr Einverständnis, alle notwendigen Daten (Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsempfänger, Kostenträger, Diagnosen etc.) zur Abtretung, Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen an o. g. Unternehmen freizugeben. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß §33 BDSG.

Hiermit entbinde ich meinen Arzt/meine Ärztin, sowie alle weiteren in der Praxis tätigen Ärzte, die mich behandeln, von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung erforderlich ist, und willige sowohl in die Abtretung an, als auch in die Abrechnung über o.g. Unternehmen ein.

Datum

Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte/r)