

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) an die mediserv Bank GmbH;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv Bank GmbH;
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv Bank GmbH einschließlich Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die mediserv Bank GmbH durch meine/n ~~Ärztin~~/Arzt übermittelten Daten an die Landesbank Saar, Saarbrücken.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv Bank GmbH die Leistungen ~~meiner Ärztin~~/meines Arztes 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 Ärztin~~/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als ~~Zeugin~~/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine/n ~~Ärztin~~/Arzt gegenüber der mediserv Bank GmbH sowie gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von ~~ihre~~/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Armin Krüger
ärztliche Osteopathie

24576 Bad Bramstedt
Tel./Anr.-Beantw
04192- 897 123

Praxisstempel

Hinweise für Patienten zur Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner übertragen:

mediserv Bank GmbH
66094 Saarbrücken

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei mediserv kompetente Ansprechpartner zur Verfügung.

Internet www.arztrechnung.de
E-Mail service@arztrechnung.de

Telefon 06 81/400 0789
Telefax 06 81/40 0076

Die mediserv Bank GmbH unterliegt als Bank und Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihre Praxis