

Anmeldung für Patienten

<u>Patient/in:</u>		
Name	Vorname	Geburtsdatum

<u>Zahlungspflichtige/r bzw. Rechnungsempfänger/in:</u>		
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/MeDiTA-West GmbH übertragen. O.g. Unternehmen wird nach meinen Weisungen tätig und alle Mitarbeiter unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Schweigepflichtgebotes.

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, soweit für die Abrechnung nötig, von der Schweigepflicht und willige der Abrechnung über o.g. Unternehmen ein.

Datum

Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte/r)