

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Adresse

Datum

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die mediserv GmbH (siehe Rückseite);
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH;
- sicherungsweise Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an ein refinanzierendes Kreditinstitut.

Gleichzeitig entbinde ich meinen Arzt/Zahnarzt von 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

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

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

mediserv
Abrechnung und Service
für Heilberufe GmbH
66094 Saarbrücken

Telefon 06 81 / 4 00 07 89
Fax 06 81 / 40 00 76

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

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

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