



(Stempel Arztpraxis)

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in meiner Patientendatei gespeicherten Daten, sofern sie zur Rechnungserstellung und Einziehung notwendig sind, an DocPro Privatabrechnung GmbH, Lindholzweg 36, 12349 Berlin weitergegeben werden und dort soweit dies für die Rechnungslegung notwendig ist, ggf. elektronisch gespeichert werden. Für den Fall, dass im Verlauf des Vorgangs die Mitwirkung des Leistungserbringers zur Klärung von Sachfragen notwendig wird, entbinde ich die o.g. medizinische Institution (Arztpraxis, Klinikabteilung, Labor, Physiotherapie etc.) von der Schweigepflicht.

Diese Vereinbarung umfasst den Umgang der Patientendaten bzgl. der privatärztlichen Leistungen des o.g. Leistungserbringers inkl. externer Konsiliarleistungen (z.B. Laborleistungen, Pathologieleistungen, etc. Für diese Leistungen wird eine gesonderte Abrechnung erstellt).

Hinweis: Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem Arzt oder der DocPro Privatabrechnung GmbH widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der DocPro Privatabrechnung GmbH mehr statt.

Patient:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____ Tarif / Faktor: _____

Hausarzt / überweisender Arzt: _____

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger falls nicht Patient:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigte

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt