

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 GmbH
Abrechnung und Bank für Heilberufe
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 07 89
Telefax 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 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

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

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, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) an die mediserv GmbH;
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Zahlungsfähigkeit;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH;
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH einschließlich Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die mediserv GmbH durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt übermittelten Daten an die Bank 1 Saar, Saarbrücken.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv GmbH die Leistungen meiner Zahnärztin/meines Zahnarztes 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 Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber der mediserv GmbH sowie gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von ihrer/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.

Köln

Ort

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:

DR. WERNER SKIBBA
ZAHNARZT
50674 KÖLN
KZV NORDRHEIN
43620

Praxisstempel

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)