

Für den Patienten

Einwilligungserklärung Forderungsabtretung/Datenübertragung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung zu haben, beabsichtige ich, die

Zentrale Abrechnungsstelle für Heilpraktiker GmbH
Wilhelm-Brökelmann-Str. 21
58675 Hemer (nachfolgend: ZAS)

mit der Abrechnung und Einziehung meiner Honorare zu beauftragen. Die ZAS gewährleistet eine gewissenhafte Bearbeitung der von mir vorgegebenen Rechnungen, gibt Ihnen fundiert die nötigen Auskünfte und unterstützt Sie bei Erstattungsproblemen.

Für Sie, sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, entstehen dadurch keinerlei Mehrkosten.

Ihre Patientendaten unterliegen jedoch sowohl der Schweigepflicht als auch dem besonderen Schutz durch datenschutzrechtliche Vorschriften. Ihre Daten dürfen daher nur mit Ihrer Zustimmung an die ZAS weitergegeben werden. Ich bitte Sie daher höflich um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Erklärung und danke Ihnen für Ihr Verständnis.

Ihre Heilpraktikerin / Ihr Heilpraktiker

Ich erkläre mich einverstanden mit der Abtretung der sich aus meiner Behandlung in der Praxis ergebenden Honorare an die Zentrale Abrechnungsstelle für Heilpraktiker GmbH, Wilhelm-Brökelmann-Str. 21, 58675 Hemer. Ich bin mir dessen bewusst, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZAS forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung im Streitfall gegenüber der ZAS zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Heilpraktiker ggf. als Zeuge vernommen werden kann.

Darüber hinaus entbinde ich meine/n Heilpraktiker/in von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung erforderlich ist. Zu diesem Zweck erkläre ich mich mit der Weitergabe aller zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Honorarforderung, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Geburtsdatum, Behandlungsdaten und -verläufe) an die ZAS einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung betreffend die Forderungsabtretung und die Datenübertragung jederzeit widerrufen kann.

Eine Durchschrift dieser Einwilligung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r

Ich bestätige darüber hinaus, die diesem Formular beigefügte Datenschutzerklärung der ZAS erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r