



VERSICHERUNGS-NR.	
	DATUM

EINWILLIGUNG ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG

PATIENTENDATEN / DATEN DES VERSICHERTEN Bitte nur ausfüllen, wenn nicht bereits im obigen Feld eingedruckt.

NAME
VORNAME
GEBURTSDATUM

STRASSE HAUSNUMMER
PLZ ORT
KRANKENKASSE / KOSTENTRÄGER

GESETZLICHER VERTRETER

NAME
VORNAME
GEBURTSDATUM

STRASSE HAUSNUMMER
PLZ ORT

PATIENTENEINWILLIGUNG

Ich erkläre mich einverstanden mit der Datenweitergabe unter den in der Patienteninformation genannten Bedingungen sowie mit der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH - Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung.

Ich entbinde meine Ärztin / meinen Arzt von ihrer / seinem ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich nach Unterzeichnung erhalten. Die Patienteninformation wurde mir vor Unterzeichnung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen, verstanden und bestätige den Erhalt mit meiner Unterschrift.

ORT DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN / UNTERSCHRIFT DES GESETZLICHEN VERTRETERS*
--

*Ist bei Minderjährigen nur die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten vorhanden, so sichert dieser ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des zweiten Erziehungsberechtigten ebenfalls vorliegt.

