

**Anmeldung für Patienten**Patient/in:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Zahlungspflichtige/r bzw. Rechnungsempfänger/in:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Krankenversicherung/Kostenträger	Beihilfe ja/nein	Tarif
Email	Mobiltelefon	Telefon

Schweigepflichtentbindung und Einwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich habe die Abrechnung meiner privatärztlich erbrachten Leistungen an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung –dgp ar GmbH / Deutsche Gesellschaft für Laborabrechnung –dglab GmbH übertragen. Sie werden von diesen Gesellschaften meine Liquidation erhalten. Die Gesellschaften werden nach meinen Weisungen tätig und alle Mitarbeiter unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und sind insbesondere auf das Datengeheimnis (§5 BDSG) verpflichtet.

Sie erklären hiermit Ihr Einverständnis, alle notwendigen Daten (Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsempfänger, Kostenträger, Diagnosen etc.) zur Abtretung, Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen an o. g. Unternehmen freizugeben. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß §33 BDSG.

Hiermit entbinde ich meinen Arzt/meine Ärztin, sowie alle weiteren in der Praxis tätigen Ärzte, die mich behandeln, von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung erforderlich ist, und willige sowohl in die Abtretung an, als auch in die Abrechnung über o.g. Unternehmen ein.

Datum

Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte/r)