

Reichsstrasse 2, 38100 Braunschweig

## Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die beste Arbeit leistet, wer sich auf seine eigentlichen Aufgaben konzentriert. Damit wir uns noch mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung nehmen können, haben wir die Abrechnung einem kompetenten Partner übertragen:

- DATA-Med Rheine KG
- Privatärztliche Verrechnung
- Salzbergener Straße 121
- 48431 Rheine
- Tel. 05971/1616-0
- Telefax 05971/16 1616
- E-Mail: [Info@data-med-rheine.de](mailto:Info@data-med-rheine.de)

Die DATA-Med gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen und erteilt Ihnen jeweils alle von Ihnen gewünschten Auskunft. Bei eventuellen Erstattungsproblem unterstützen Sie die DATA-Med gegenüber Ihrer Krankenversicherung oder anderen Leistungsträger.

Das von der DATA-Med praktizierte Abrechnungsverfahren hat sich vielfach bewährt und entlastet unsere Praxis in der Verwaltung. So haben wir mehr Zeit, die speziell unseren Patienten zugute kommen.

Nach der geltenden Rechtslage ist für dieses Abrechnungsverfahren Ihr schriftliches Einverständnis erforderlich. Ich bitte Sie höflich um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung. Selbstverständlich ist die DATA-Med zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Geltendmachung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befund, Behandlungsdaten und -Verläufe) an die DATA-Med. Rheine KG in 48431 Rheine
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die DATA-Med.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Firma DATA-Med. die Abrechnung der Leistungen meines Arztes mir gegenüber durchführt und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird. Ebenfalls wurde ich darüber aufgeklärt, dass bei erfolgter Abtretung mein Arzt bei einer etwaigen Auseinandersetzung über die Forderung als Zeuge gehört werden kann.

**Schweigepflichtentbindung:** Ich binde meinen Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Einziehung der Forderung im vorstehend beschriebenen Umfang erforderlich ist.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die weitergegeben Daten soweit möglich nach Abschluss des Verfahrens gelöscht werden, dass jedoch eine weitere Aufbewahrung der Daten stattfindet, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist. Ebenfalls wurde ich darauf hingewiesen, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit Mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

\_\_\_\_\_

Ort,

\_\_\_\_\_

Datum,

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/ des  
Gesetz. Vertreters