

# Einverständniserklärung

Praxisstempel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um meine Praxis von Verwaltungsaufwand zu entlasten, habe ich die Abrechnungsstelle SoliPrax GmbH mit der Rechnungsabwicklung beauftragt. Hierzu benötige ich Ihr Einverständnis für:

- die Weitergabe meiner gegenwärtigen und zukünftigen Behandlungsdaten an die Abrechnungsstelle;
- die Abtretung der sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Abrechnungsstelle und die Weiterabtretung an die refinanzierende Bank;
- die Entbindung von meiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist;

die Online-Übersendung gem. deutschem Datenschutz meiner Dokumente (z.B. Rechnung).

E-Mail Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Zustimmung. Sie können diese jederzeit für die Zukunft widerrufen. Der Datenschutz wird strikt eingehalten. Es entstehen Ihnen keinerlei zusätzliche Kosten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Name des/der Patient/in \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

Datum /Unterschrift \_\_\_\_\_

# Einverständniserklärung

Praxisstempel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um meine Praxis von Verwaltungsaufwand zu entlasten, habe ich die Abrechnungsstelle SoliPrax GmbH mit der Rechnungsabwicklung beauftragt. Hierzu benötige ich Ihr Einverständnis für:

- die Weitergabe meiner gegenwärtigen und zukünftigen Behandlungsdaten an die Abrechnungsstelle;
- die Abtretung der sich aus dieser und künftigen Behandlungen ergebenden Forderungen an die Abrechnungsstelle und die Weiterabtretung an die refinanzierende Bank;
- die Entbindung von meiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist;

die Online-Übersendung gem. deutschem Datenschutz meiner Dokumente (z.B. Rechnung).

E-Mail Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Zustimmung. Sie können diese jederzeit für die Zukunft widerrufen. Der Datenschutz wird strikt eingehalten. Es entstehen Ihnen keinerlei zusätzliche Kosten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Name des/der Patient/in \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

Datum /Unterschrift \_\_\_\_\_