

**Einverständniserklärung zur Privatliquidation
durch die ärztliche Abrechnungsstelle
AfH Abrechnung für Heilberufe GmbH, Bahnhofstraße 18, 86911 Dießen**

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Name der privaten Krankenkasse

bis auf Widerruf einverstanden.

Soweit hier für die Übermittlung personenbezogener Daten (z. B. Angaben zur Personen-Identifikation wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, insbesondere auch Daten über meine Gesundheit) an die o. g. Abrechnungsstelle erforderlich wird, gebe ich hierzu meine ausdrückliche Zustimmung.

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf dritte Ärzte, sofern diese liquidationsberechtigt sind und an der Behandlung mitwirken müssen. Die o. g. Abrechnungsstelle unterliegt analog ihrem Arzt der Schweigepflicht.

Ich verpflichte mich, den Rechnungsbetrag auch dann in voller Höhe und innerhalb des Zahlungszieles zu bezahlen, wenn die Vergütung nicht oder nur teilweise von meiner Krankenkasse oder der Beihilfestelle erstattet wird.

Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Langer & Kollegen GbR
Röderstraße 6
90518 Altdorf
Telefon: 09187/951011
Fax: 09187/951095
rezept@praxis-robert-langer.de