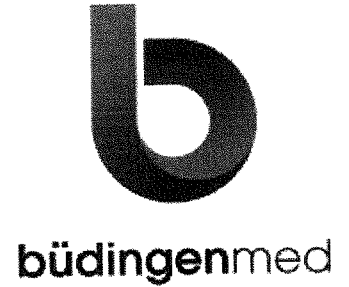


NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN _____ GEB.AM _____

VERSICHERUNGS-NR. _____
 _____ | _____ | _____
 _____ DATUM _____
 _____ | _____ | _____

PRAXISDATEN/PRAXISSTEMPEL



EINWILLIGUNG ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG

PATIENTENDATEN / DATEN DES VERSICHERTEN

NAME _____
 VORNAME _____
 GEBURTSDATUM _____

Bitte nur ausfüllen, wenn nicht bereits im obigen Feld eingedruckt.

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/seiner 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.