

Einwilligung in die Weitergabe von persönlichen Daten für die ärztliche Behandlung in der Arztpraxis von :

Praxis für Neurologie und Psychiatrie
Hohenzollerndamm 187, 10713 Berlin, Tel. 030 887 27 68 90, Fax. 030 887 27 68 99
Dr. med. Wolfgang Niemczyk Dr. med. Silke Onken

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Anschluss an die durchgeführte Untersuchung und ggf. Behandlungen erhalten Sie eine Rechnung. Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arztabrechnung – betriebswirtschaftliche Beratung – Verrechnungssysteme mbH, 76255 Ettlingen, Weberstr. 55, und 45470 Mülheim an der Ruhr, Obere Saarlandstr.3, an die ich meine Honorarforderungen abgetreten habe.

Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Die Mitarbeiter sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen zum Datenschutz wie ein Arzt.

Durch die Abtretung des Arzthonorares wäre ich in einem streitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei evtl. Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müssten.

Die Rechnungserstellung erfolgt aber nach meinen Weisungen und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung und Forderungseinzug sowie zur Auswertung der ärztlichen Leistung ein.

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft/Bank erforderlich. Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen bzw. der Bank, welche selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

Die Behandlung ist selbstverständlich nicht von Ihrer Einwilligung abhängig. Sie können jederzeit auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber dem Leistungserbringer oder der ABV – mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten finden Sie auch auf der Internetseite <https://www.abv-online.de/de/datenschutzerklärung>.

Daten Patient = Rechnungsempfänger

Name : _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name der privaten Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Personalausweisnummer: _____

Hiermit willige ich – bis auf Widerruf – in die Abtretung der Forderung an die ABV/Bank und in die Datenverarbeitung durch die ABV/Bank zu den genannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift Patient = Rechnungsempfänger