

Patient/-in

Vorname

Geburtsdatum

Name

Straße

PLZ

Ort

Ggfs. gesetzlicher Vertreter oder abweichender
Rechnungsempfänger

Vorname

Geburtsdatum

Name

Straße

PLZ

Ort

Beziehung zum Patienten

☐ Elternteil

☐ Betreuer

☐ Ehepartner

Versicherung bzw. Kostenträger

Telefonnummer / E-Mail / Beruf / ggfs. Hausarzt

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- die zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus meiner Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die FABIUS medical GmbH (FABIUS) weitergegeben und verarbeitet werden.
- FABIUS Informationen bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität einholt. FABIUS teilt auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- die sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die FABIUS abgetreten werden.
- zwecks Refinanzierung entsprechende Forderungen durch FABIUS an die akf bank GmbH & Co. KG, Am Diek 50, 42277 Wuppertal (Bank) weiterabgetreten werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass FABIUS die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Versicherung/Krankenkasse oder dem zuständigen Kostenträger gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Ich weiß und bin damit einverstanden, dass im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung über Honorarforderungen aufgrund der vorstehend beschriebenen Abtretung die FABIUS oder ggfs. die Bank Partei des Prozesses sein wird und FABIUS bzw. mein Arzt als Zeuge gehört werden kann. Insoweit und für die Zwecke der vorstehend beschriebenen Übermittlungen an FABIUS bzw. an die Bank befreie ich meinen Arzt und die FABIUS von der ärztlichen bzw. sonstigen Schweigepflicht. Ich stimme weiter der Kommunikation mit FABIUS über Telefon, FAX, E-Mail sowie der Zustellung meiner Rechnung(en) per E-Mail oder sonstigem Datenaustausch ohne besondere Sicherungsmaßnahmen und Verschlüsselungen zu. Die sonstige Geheimhaltungs- und Schweigepflicht bleibt davon unberührt.

Diese Erklärung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden. Ich bestätige, dass ich diese Einverständniserklärung erhalten und vollumfänglich zur Kenntnis genommen habe. Die hier von mir gemachten Angaben sind aktuell und richtig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzlicher Vertreter und ggfs.
abweichender Rechnungsempfänger

Weitere Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz finden
Sie unter www.fabius.de/Information



FABIUS medical GmbH
Schönfließener Straße 84
16548 Glienicke


Dr. Vera Schiëvelbein
Zahnärztin für Kieferorthopädie

An der Stadthalle 9
34225 Baunatal
zahnspange-baunatal.de
Tel.: 0561 / 4911656

Praxisstempel