

NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN

GEB. AM

PRAXISDATEN / PRAXISSTEMPEL



büdingenmed

VERSICHERUNGS-NR.

DATUM

EINWILLIGUNG ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG

PATIENTENDATEN / DATEN DES VERSICHERTEN

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

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

KRANKENKASSE / KOSTENTRÄGER

GESETZLICHER VERTRETER

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

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 ärztlichen 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.

