

Stempel des behandelnden Therapeuten bzw. seiner Praxis

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

ich möchte die mir zur Verfügung stehende Zeit ganz meinen Patienten widmen.

Daher beauftrage ich die



(AS AG) mit der Abrechnungserstellung und dem Einzug von Forderungen für Selbstbeteiligungen. Die AS AG ist eine Einrichtung zur Abrechnung von Leistungen der Heil-, Hilfs- und Pflegeberufe. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AS AG sind auf das Datengeheimnis nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet.

Die AS AG erhält bereits Daten zum Zweck der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund einer gesetzlich erlaubten Datenverarbeitung im Auftrag nach § 302 SGB V. Mit Ihrem Einverständnis kann die AS AG darüber hinaus Rechnungen für Selbstbeteiligungen erstellen. Die hieraus entstehenden Forderungen trete ich gegenüber der AS AG zur Geltendmachung ab.

Ich bitte um Ihr Einverständnis zur Weitergabe der notwendigen Daten für die Rechnungserstellung und die Forderungsabtretung an die AS AG.

Vielen Dank!

### **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Selbstbeteiligungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die AS AG. Ich entbinde den o. g. Therapeuten bzw. seine Praxis von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Ich wurde darüber informiert, dass die AS AG die Selbstbeteiligungen mir gegenüber in eigenem Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Ich bin darüber informiert, dass diese Erklärung freiwillig ist und die Behandlung hiervon nicht abhängt. Ich weiß, dass ich diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann.

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_