

Name, Vorname des Patienten

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

geboren am

Krankenkasse/Kostenträger

derzeit berufliche Tätigkeit

Ihre Rückrufnummer

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers*

geboren am

*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, das Management der Patienten-Buchhaltung an den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health AG ermöglicht die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie.

Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG.

EOS Health Honorarmanagement AG

Steindamm 80
20099 Hamburg
Telefon 040 2850-6000
Telefax 040 2850-6020
www.healthag.de

Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreibt, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben.

Um das Abrechnungsverfahren in Zusammenarbeit mit der Health AG zu ermöglichen, benötigen

wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung.

Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

Die Health AG entlastet Ihre Praxis/Klinik in ihren Verwaltungsaufgaben und übernimmt das Management der Patienten-Rechnungen. Für die korrekte Abwicklung benötigen wir Ihre Unterschrift auf dieser Einwilligungserklärung. Vielen Dank!



Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei an die EOS Health Honorarmanagement AG, Steindamm 80, 20099 Hamburg. Ich bin auch einverstanden mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen des Arztes/Zahnarztes an die Health AG.

Ich wurde darüber informiert, dass im Falle der Abtretung die Health AG die von ihr erworbenen Ansprüche aus der Behandlung meines Arztes/Zahnarztes mir gegenüber in Rechnung stellt und die an die Health AG übermittelten Daten zu meiner Person dort gespeichert werden. Diese Erklärung gilt gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) als Benachrichtigung. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Arzt/Zahnarzt als Zeuge in einer etwaigen Auseinandersetzung – auch gerichtlichen – gehört werden. Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt/Zahnarzt oder die Health AG bei Wirtschaftsauskunfteien, unter anderem bei Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, über mich gespeicherte Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung u. a. Anschriftendaten einfließen, abfragt.

Ich entbinde meinen Arzt/Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von mir schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Praxis-/Klinikstempel

Name, Vorname des Patienten

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

geboren am

Krankenkasse/Kostenträger

derzeit berufliche Tätigkeit

Ihre Rückrufnummer

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers* geboren am

*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, das Management der Patienten-Buchhaltung an den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health AG ermöglicht die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie.

Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG.

EOS Health Honorarmanagement AG

Steindamm 80
20099 Hamburg
Telefon 040 2850-6000
Telefax 040 2850-6020
www.healthag.de

Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreibt, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben.

Um das Abrechnungsverfahren in Zusammenarbeit mit der Health AG zu ermöglichen, benötigen

wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung.

Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

Die Health AG entlastet Ihre Praxis/Klinik in ihren Verwaltungsaufgaben und übernimmt das Management der Patienten-Rechnungen. Für die korrekte Abwicklung benötigen wir Ihre Unterschrift auf dieser Einwilligungserklärung. Vielen Dank!



Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei an die EOS Health Honorarmanagement AG, Steindamm 80, 20099 Hamburg. Ich bin auch einverstanden mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen des Arztes/Zahnarztes an die Health AG.

Ich wurde darüber informiert, dass im Falle der Abtretung die Health AG die von ihr erworbenen Ansprüche aus der Behandlung meines Arztes/Zahnarztes mir gegenüber in Rechnung stellt und die an die Health AG übermittelten Daten zu meiner Person dort gespeichert werden. Diese Erklärung gilt gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) als Benachrichtigung. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Arzt/Zahnarzt als Zeuge in einer etwaigen Auseinandersetzung – auch gerichtlichen – gehört werden. Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt/Zahnarzt oder die Health AG bei Wirtschaftsauskunften, unter anderem bei Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, über mich gespeicherte Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung u. a. Anschriftendaten einfließen, abfragt.

Ich entbinde meinen Arzt/Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von mir schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Praxis-/Klinikstempel