

## Einverständniserklärung

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich mit der PRIVATÄRZTLICHE ABRECHNUNGSSTELLE KUBOWITSCH GMBH zusammen.  
Diese Privatärztliche Dienstleistungseinrichtung wurde für Ärzte gegründet und wird von Ärzten beraten. **Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.** Zusätzlich überwacht ein Datenschutzbeauftragter die ordnungsgemäße Anwendung des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ich bitte Sie – mir und allen mitbehandelnden Ärzten – durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die Abrechnungsstelle zu übermitteln. Meine Honorarforderung trete ich an die Abrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle in meinem Auftrag die Rechnung erstellt und die Honorarforderung einzieht. Einverstanden bin ich auch, dass eine Direktabrechnung mit meiner privaten Krankenversicherung erfolgen kann.  
Der Ausgleich des Betrages ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung.

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten