

Anmeldung für Privatpatienten

Name der/des Rechnungsempfänger/s – Eltern des Kindes
Pflichtangabe **nur** bei gesetzlicher Vertretung

Vorname

Geburtsdatum

Behandelte Person

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße/Hausnummer

tagsüber telefonisch erreichbar unter

Krankenversicherung/Beihilfe

Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Der für die Rechnungserstellung notwendige Verwaltungsaufwand soll im Interesse aller Beteiligten stets so gering wie möglich gehalten werden.

Mit meiner Unterschrift befreie ich meine ärztlichen bzw. therapeutischen Behandler für diese und künftige Behandlungen von deren Schweigepflicht und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen, auch medizinischen Daten an die MEDAS GmbH, Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen, Messerschmittstraße 4, 80992 München sowie der Rechnungsstellung durch dieses Unternehmen einverstanden.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die für eine Rechnungserstellung erforderlichen persönlichen Daten von MEDAS GmbH gespeichert und verarbeitet werden. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und auf keinen Fall an Dritte weitergegeben. Die Löschung der Daten erfolgt sobald und soweit sie für den Zweck, zu dem sie gespeichert und verarbeitet wurden, nicht mehr benötigt werden. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Bei Erziehungsberechtigten gilt diese Erklärung auch für die Behandlungsdaten des Kindes.



Datum

Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen