

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Name, Vorname, Anschrift des Patienten:

Geboren am

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers*

Geboren am

* Bei Personen unter 18 Jahren/ Geschäftsunfähigen/ beschränkt Geschäftsfähigen.

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die EOS Health Honorarmanagement AG, kurz Health AG, ermöglicht die zügige 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. 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. Damit die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG möglich wird, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.

Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

EOS Health
Honorarmanagement AG
Patientenservice
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg

Tel. 040 524 709-000
Fax 040 524 709-020
info@healthag.de
www.healthag.de



Einwilligungserklärung

Der Patient erklärt, ggf. vertreten durch gesetzliche Vertreter mit Alleinvertretungsmacht:

Ich bin einverstanden

- mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe usw.), an die Health AG sowie mit der dort erfolgenden Speicherung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,
- mit der Weitergabe der vorgenannten Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (s. o.), an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Kurfürstendamm 125a, 10711 Berlin,
- mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung(en) an die Health AG und zum Zwecke der Refinanzierung mit einer Weiterabtretung der Forderung(en) durch die Health AG an die SPV Health Finanzierungs-GmbH

und entbinde insoweit meinen Behandler bzw. die Praxis/Klinik (vgl. Praxisstempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung durch die Health AG oder die SPV Health Finanzierungs-GmbH erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung gegenüber der Health AG oder ggf. der SPV Health Finanzierungs-GmbH zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG oder ggf. der SPV Health Finanzierungs-GmbH als Zeuge vernommen werden kann.

Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung nach § 33 BDSG.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien, z. B. bei Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 50 01 66, 22701 Hamburg, insbesondere über mich gespeicherte Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher Wahrscheinlichkeitswerte, die auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelt werden, einholt.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber meinem Behandler bzw. der Praxis/Klinik oder der Health AG widerrufen werden.

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter