

# Anmeldung für Privatpatienten



## Daten des Patienten/des Kindes

Name: ..... Vorname: .....  
Geb.datum: ..... Fax: ..... Handy: .....  
Telefon: .....

## Daten des Versicherten/Rechnungsempfängers/gesetzlicher Vertreter

Name: ..... Vorname: .....  
Geb.datum: ..... Telefon/Handy: .....  
Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
Krankenversicherung/Kostenträger: .....

### Versicherungstarif:

( ) Normaltarif ( ) KVB I-III ( ) KVB IV ( ) Basistarif ( ) Standardtarif ( ) POST-B ( ) Sonstige.....

### Einwilligung zur Abtretung/Übertragung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die o.g. Praxis zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die Firma Arco VerrechnungsSysteme GmbH, Hindenburgstr. 23a , 21335 Lüneburg weitergibt. Insoweit entbinde ich die Praxis ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass die Praxis, die sich aus der Behandlung ergebene Forderung an die Arco abtritt. Diese Einverständniserklärung ist jederzeit vor Behandlung widerruflich.

Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Arco als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit die sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Arco zu erheben und geltend zu machen sind und die mich behandelnde Ärztin/der mich behandelnde Arzt als Zeuge vernommen werden kann.

### Einwilligung nach Datenschutzgesetz

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von der Praxis und der Arco – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung. Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt von Ihrer/ seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Notwendige Laboruntersuchungen werden durch Labore bzw. deren beauftragte Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt, sofern sie nicht direkt durch die Praxis erbracht werden.

Ich erkläre mich einverstanden mit der möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Des Weiteren wurde ich darüber informiert, dass der Faktor unter Angabe einer Begründung gesteigert werden kann. Hiermit stimme ich der Kostenübernahme bei Steigerung des Faktors auf max. 3,5 zu, auch wenn die Krankenversicherung diese Kosten nicht übernehmen sollte. Mögliche Rückzahlungsansprüche gegen den Arzt an jegliche Dritte abzutreten oder diesbezüglich einem gesetzlichen Forderungsübergang zuzustimmen, bedürfen der Zustimmung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin.

Datum: ..... Unterschrift: .....  
Patient

Datum: ..... Unterschrift: .....  
Gesetzliche (r) Vertreter (in)