Deutsches Zentrum für Kinder- & Jugendrheumatologie
Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen
Sozialpädiatrisches Zentrum

Einverständniserklärung zur Privatliquidation durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH

Dürrenhofstr. 4, 90402 Nürnberg, Telefon (0911) 929202

Mit der Erstellung der Arztrechnung und dem Inkasso Ihrer Forderung durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH, Dürrenhofstr. 4,90402 Nürnberg, bin ich als Rechnungsempfänger /Patient bis auf Widerruf einverstanden.

Volljähriger Patient

Patientenname Patientenvorname Geburtsdatum

Minderjähriges Kind (Patient):

Name Vorname Geburtsdatum

Vom Patienten abweichender Rechnungsempfänger mit Adresse

Name Rechnungsempfänger Vorname Rechnungsempfänger Geburtsdatum Rechnungsempfänger

PLZ Ort Straße

Soweit hierfür die Übermittlung personen- und behandlungsbezogener Daten an die Verrechnungsstelle für Ärzte erforderlich wird, gebe ich hierzu meine ausdrückliche Zustimmung.

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf dritte Ärzte, die vom behandelnden Arzt konsiliarärztlich hinzugezogen werden.

Die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH, Nürnberg unterliegt analog Ihrem Arzt der Schweigepflicht.

Nur ausfüllen, wenn *abweichender* Rechnungsempfänger gewünscht wird

Ich bin volljährig und vom abweichenden Rechnungsempfänger bevollmächtigt, seine Stammdaten zur Erstellung der Rechnung an die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH zu übermitteln.

Name Bevollmächtigter Vornamen Bevollmächtigter Geburtsdatum Bevollmächtigter

{Aktuelles Datum} X

Datum **Unterschrift des volljährigen Patienten oder abweichender Rechnungsempfänger oder Bevollmächtigter**