

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir darauf hinweisen, dass der Vergütungsanspruch der o.g. Praxisinhaber sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen richtet und unabhängig ist von einer möglichen, vollständigen Erstattungsleistung.

Um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich zusammen mit der

**Privatärztlichen Verrechnungsstelle Rhein-Ruhr GmbH & Co. KG,  
Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**

Diese ist bereits als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten gegründet worden und wird seitdem auch von Ärzten geleitet. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Meine Honorarforderung trete ich treuhänderisch an die Verrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die Verrechnungsstelle in meinem Auftrag die Rechnung erstellt und meine Honorarforderung einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die Verrechnungsstelle Prozesspartei und ich als Arzt würde ggf. als Zeuge gehört werden.

Ich bleibe aber auf jeden Fall Herr des Verfahrens. Die Verrechnungsstelle unterliegt meinen Weisungen, dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung. Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die Privatärztliche Verrechnungsstelle zu übermitteln.

### Patient:

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

### Zahlungspflichtiger / Zahlungsempfänger:

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_ TEL-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin beihilfeberechtigt: JA  NEIN

