

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

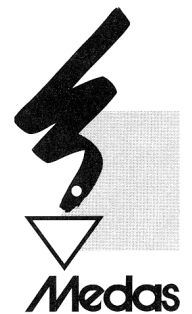
Krankenversicherung/Beihilfe

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 meinen ärztlichen bzw. therapeutischen Behandler für diese und künftige Behandlungen von dessen 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. Selbstverständlich werden sämtliche Abrechnungsinformationen von MEDAS vertraulich behandelt und in keinem Fall an Dritte weitergeleitet.

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



Datum

Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen