

Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an DERMATOLOGIE24

Hiermit nutze ich den Praxisonlinedienst dermatologie24 und melde mich verbindlich an.

1. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mein Behandler der Praxis

- Praxisnahme: Dr. med. P. Sander
- Adresse: Babenhäuserstr. 31, 63128 Dietzenbach -
Goethestr 4-8, 60313, Frankfurt am Main

mich mittels Internetkonsultation behandeln darf und ich diese Dienste in Anspruch nehmen möchte.

- VORNAME, NAME:
- Geburtsdatum:
- Anschrift:
- Telefonnummer
- Emailadresse
- Mobilnr

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile (außer, dass ich dermatologie24 nicht mehr nutzen kann).

Ich bin auch über die Punkte Datenschutz, Rechtliches ausführlich informiert, die ich mir durchgelesen.

Ort, Datum Unterschrift

Honorarabrechnung

Die ärztlichen Beratungsleistungen über dermatologie24 werden nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet. In der Regel werden zur Abrechnung die GoÄ - Ziffern 1 (Beratung), 3 (eingehende Beratung) und 5 (symptombezogene Untersuchung) sowie Zuschläge A, B, C, D in Abrechnung gestellt. Die Behandlungskosten betragen daher um die 20 bis 50 Euro je Konsultation. Diese werden normalerweise von den Privatkassen übernommen.

Die Rechnungsstellung der Honorarabrechnung erfolgt über die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH (Büdigen Med).

Als Praxis bitten wir daher um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der unten stehenden Erklärung.

Die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte. Sie steht unter ärztlicher Gesamtleitung und unterliegt den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Büdingen Med gewährleistet die korrekte Abrechnung der Honorare und erteilt Ihnen gerne alle von Ihnen gewünschten Auskünfte im Zusammenhang mit der Rechnung. Bei eventuellen Erstattungsproblemen unterstützt Sie Büdingen Med gegenüber Ihrer Krankenkasse, Versicherung oder anderen Kostenträgern.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der

1. Weitergabe aller der im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehenden Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Behandlungsverläufe zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH (Büdingen Med), Gymnasiumstr. 18-20, 63654 Büdingen, an meine PKV über die PADLine GmbH, Stadtkoppel 45-49, 21337 Lüneburg sowie an die DATEV eG, 90329 Nürnberg, zwecks Ausdruck und Versand der Rechnungen.

2. Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an Büdingen Med. Ich entbinde mein Ärztin/ meinen Arzt von Ihrer/ seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Büdingen Med die Leistungen meiner Ärztin/ meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellt und für eigene Rechnung einziehen wird.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von dieser Einverständniserklärung abhängig ist und ich diese jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungsfälle davon ausnehmen kann.

Ich bin auch über die Punkte Datenschutz, Rechtliches ausführlich informiert, die ich mir durchgelesen habe.

Patient

Name,Vorname
geboren am

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Anschrift des/ der Versicherten

Ort, Datum und Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter

Name,Vorname
geboren am

Adresse (falls abweichend)

Telefonnummer

ggf. weiterer gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen

Faxen Sie diese 3 Formulareseiten bitte an folgende Faxnr.:

06074-2117822

Oder als Scan – pdf an: info@dermatologie24.de