

Name, Vorname und Anschrift der Patientin / des Patienten

Name, Vorname und Anschrift der Patientin / des Patienten	
Geburtsdatum	

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

- Elternteil\*\*     Betreuer/-in     Ehegattin/-gatte  
 oder \_\_\_\_\_

\*\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

Ich erkläre mich ferner mit der Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an AÄA sowie der im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch AÄA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank) einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass AÄA die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozi-

alhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt sowie AÄA von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder AÄA zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*

und ggf. abweichender/-r Rechnungsempfänger/-in

\* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

**AÄA** Abrechnung für  
Ärzte und Apotheken

Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum  
Dr. Güldener GmbH  
Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Praxisstempel

**Dr. med. Anke Raschke**  
FÄ Dermatologie / Allergologie  
Otto-v.-Guericke-Str. 110 39104 Magdeburg  
Tel.: 0391 / 5 43 14 59  
851607000

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.