

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung zu haben, habe ich mit der Abrechnung und Einziehung der Forderung die indento Managementgesellschaft mbH beauftragt. Diese Abrechnungsgesellschaft gewährleistet die korrekte und gewissenhafte Bearbeitung der von mir vorgegebenen Rechnungen, gibt Ihnen fundiert die nötigen Auskünfte und unterstützt Sie bei Erstattungsproblemen.

Für Sie entstehen hierbei keinerlei Mehrkosten.

Nach der geltenden Rechtslage ist für dieses Abrechnungsverfahren Ihr schriftliches Einverständnis erforderlich, da die Patientendaten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Ich bitte Sie daher höflichst um Zustimmung durch Unterzeichnung der folgenden Erklärung. Selbstverständlich ist auch die indento Managementgesellschaft mbH zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet und wird Ihre Daten nicht an Adressanbieter, Marketingunternehmen oder den Handel weitergeben.

Herzlichen Dank für Ihr Verständnis.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



Ruhrallee 191 ■ D-45136 Essen ■ Tel. 0201.74 999-600

Patient/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

ggf. gesetzlich/er Vertreter/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Ich erkläre mich einverstanden

- mit der Abtretung der sich aus meiner Behandlung in der Praxis ergebenden Forderungen an die indento Managementgesellschaft mbH, Ruhrallee 191, 45136 Essen (indento);
- mit der, auch mehrfachen, Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten und Unterlagen aus der papiernen und/oder elektronischen Patientenakte/-akte (Name, Adresse, Geburtsdatum, Vertreter, Befund- und Behandlungsunterlagen (auch von Dritten) einschließlich Leistungsziffern und Beträgen für die Abrechnung, Behandlungsdaten, Drittunterlagen) an die indento; mit der Begründung eines Unterauftragsverhältnisses im engen Rahmen des § 11 BDSG;
- mit der Weiterabtretung der Ansprüche durch die indento an die refinanzierenden Institute (opta data factoring GmbH, Berthold-Beitz-Boulevard 514, 45141 Essen, Deutsche Postbank AG) auch im Zusammenhang mit einer Globalsicherungszession unter Weitergabe aller vorstehend genannten Daten, Informationen und Unterlagen dorthin.

Insoweit entbinde ich meinen Arzt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die indento als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der indento zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Arzt als Zeuge vernommen werden kann. indento ist berechtigt, bei Eintritt des Verzuges (§ 286 BGB) ein nach dem RDG registriertes Inkassounternehmen mit der Weiterverfolgung der ausstehenden Zahlung zu beauftragen.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen über die oben genannte hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis zum Datenschutz: Die indento wird ggf. Bonitätsauskünfte bei einer Kreditchutzorganisation – insbesondere bei der Schufa, bei der Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG oder der Creditreform (Creditreform Boniversum GmbH) – im Zusammenhang mit der sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderung einholen. Die Schufa /Bürgel/Creditreform speichert und übermittelt die Daten an ihre Vertragspartner. Die an die indento übermittelten persönlichen und behandlungsbezogenen Daten werden von der indento – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt zum Zwecke der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.

Bestätigung: Ich erkläre mein Einverständnis und bestätige, eine Durchschrift dieser Erklärung erhalten zu haben.

Sonstiges: Sollte eine der vorstehenden Erklärungen usw. unwirksam sein oder werden, gelten die übrigen Erklärungen usw. fort.

Ort, Datum	Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)
------------	--------------------------------------------

Steuernummer
HRB 14361
Institutionskennz.
Geschäftsführer

11257250321
Amtsgericht Essen
660511086
Jan-Dirk
Oberbeckmann
M.B.A.

