

Informationen zu Ihrer Rechnung



Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (ÄÄÄ)** übertragen. Die Rechnungsstellung über ÄÄÄ ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

ÄÄÄ gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet ÄÄÄ Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von ÄÄÄ gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen ÄÄÄ an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die umseitige Einverständniserklärung. ÄÄÄ wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist ÄÄÄ gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von ÄÄÄ. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt oder unter www.apotheken-aerzte.de/datenschutz.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktaten von ÄÄÄ und des Datenschutzbeauftragten

Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 25399
Marienstraße 10, 70178 Stuttgart
Telefon: 0711 99373-2100
Telefax: 0711 99373-2130

Datenschutzbeauftragter ÄÄÄ · Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart
datenschutz@apotheken-aerzte.de

www.apotheken-aerzte.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

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 (ÄÄÄ) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

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

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ÄÄÄ die Leistungen meiner Praxis mir 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 ÄÄÄ 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 ÄÄÄ zu erklären.

Umseltige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum



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

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

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.

Unterschrift Patientin/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* und ggf. abweichender/-r Rechnungsempfänger/-in * bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel