

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung gemäß Art 6 I a EU-DSGVO



opta
data

FIRMENSTEMPEL

SSS - Logo

Sprache Sprechen Stimme -
Logopädie Korwie
Karmeliterstraße 6
67547 Worms

06241 9770073
info@worms-logopaedie.de

Name, Vorname des Patienten/Kunden

Geburtsdatum des Patienten/Kunden

Straße mit Hausnummer des Patienten/Kunden

Postleitzahl und Wohnort des Patienten/Kunden

ggf. Name und Vorname des Betreuers/gesetzlichen Vertreters

Geburtsdatum des Betreuers/gesetzlichen Vertreters

Straße mit Hausnummer des Betreuers/gesetzlichen Vertreters

Postleitzahl und Wohnort des Betreuers/gesetzlichen Vertreters

Nach vollständiger Aufklärung über die freiwillig zu erteilende Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden mit der:

- Weitergabe der zum Zweck der Abtretung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Behandlung bzw. Versorgung (Daten von dem Rezept bzw. der Verordnung) an die opta data Abrechnungs GmbH, Berthold-Beitz-Boulevard 514, 45141 Essen (nachfolgend odA).
- Abtretung der sich aus der Behandlung bzw. Versorgung ergebenden Forderungen an die odA.
- Einschaltung der Saldaris GmbH, Am Lichtbogen 55, 45141 Essen als registrierten Inkassodienstleister für den Fall der Nichtzahlung trotz einer Mahnung. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Saldaris GmbH berechtigt ist, Auskünfte zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten bei so genannten Wirtschaftsauskunfteien (Schufa, Infoscore, Bürgel, Deltavista etc.) einzuholen.

Ferner bin ich darüber informiert worden, dass sowohl die odA als auch die Saldaris GmbH die zum Druck aufbereiteten Rechnungen und/oder Mahnungen an die BIT Brand Informations- und Telekommunikationslösungen GmbH/BIT Lettershop GmbH, Pascalstr. 13, 47506 Neukirchen-Vlym zum Zweck des Drucks, der Kuvertierung und des Versands weiterleitet.

Im Rahmen der Refinanzierung erfolgt eine Abtretung der Forderung der odA an die refinanzierenden Banken. Die Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten ist in jedem Fall gewährleistet. Es werden keine Gesundheitsdaten sondern lediglich Rechnungsempfänger, Rechnungsnummer und Rechnungsbetrag weitergegeben.

Diese Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung gilt auch für zukünftige Behandlungen bzw. Versorgungen. Sie kann jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wenden Sie sich hierzu an die oben genannte Stelle. Eine Mehrfertigung dieser Erklärung können Sie auf Wunsch anfordern.

Streichungen und/oder Änderungen machen diese Erklärung unwirksam.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Kunden bzw. seines Betreuers/gesetzlichen Vertreters

Ich entbinde meinen behandelnden/versorgenden Leistungserbringer und die odA von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB gegenüber den oben genannten Stellen soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung und die Bearbeitung der Rechnung erforderlich ist (gilt nur, falls mein Leistungserbringer Berufsgeheimnisträger gemäß § 203 StGB ist).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Kunden bzw. seines Betreuers/gesetzlichen Vertreters

