DR. MED. ROBERT KIPPING
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Spezielle orthopädische Chirurgie · Sportmedizin

Dr. med. Robert Kipping · Bahnhofstraße 5 · 82166 Gräfelfing

WolfartKlinik
Leitender Arzt an der Abteilung
Orthopädie und Endoprothetik
Senior Hauptoperateur
und Leiter des
Endoprothesenzentrums
der Maximalversorgung

Privatsprechstunde
OrthoPraxis
Bahnhofstraße 5
82166 Gräfelfing
Tel. 089/89 55 87 - 07
dr.kipping@orthopraxis.de
www.orthopraxis.de

WolfartKlinik
Waldstraße 7
82166 Gräfelfing
Tel. 089/85 87 - 0
www.wolfartklinik.de

Einverständniserklärung

Patient/in

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ, Wohnort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Geltendmachung der sich aus der Behandlung ergeben-
  den Forderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der
  Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befund, Behandlungsdaten und -verläufe),
  an die DATA-Med Rheine KG in 48431 Rheine;

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenen Forderung an die DATA-Med.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Firma DATA-Med die Abrechnung der Leistungen meines Arztes mir gegenüber durchführt und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird. Ebenfalls wurde ich darüber aufgeklärt, dass bei erfolgter Abtretung mein Arzt bei einer etwaigen Auseinandersetzung über die Forderung als Zeuge gehört werden kann.

Schweigepflichtentbindung: Ich entbinde meinen Arzt von seiner ärztlichen Schweige-pflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Einziehung der Forderung im vorstehend beschriebenen Umfang erforderlich ist.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die weitergegebenen Daten soweit möglich nach Abschluss des Verfahrens gelöscht werden, dass jedoch eine weitere Aufbewahrung der Daten stattfindet, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist. Ebenfalls wurde ich darauf hingewiesen, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten oder
des gesetzlichen Vertreters

DR. MED. ROBERT KIPPING
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Spezielle orthopädische Chirurgie · Sportmedizin

Dr. med. Robert Kipping · Bahnhofstraße 5 · 82166 Gräfelfing

WolfartKlinik
Leitender Arzt an der Abteilung
Orthopädie und Endoprothetik
Senior Hauptoperateur
und Leiter des
Endoprothesenzentrums
der Maximalversorgung

Privatsprechstunde
OrthoPraxis
Bahnhofstraße 5
82166 Gräfelfing
Tel. 089/89 55 87 - 07
dr.kipping@orthopraxis.de
www.orthopraxis.de

WolfartKlinik
Waldstraße 7
82166 Gräfelfing
Tel. 089/85 87 - 0
www.wolfartklinik.de

Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

die beste Arbeit leistet, wer sich auf seine eigentlichen Aufgaben konzentriert. Damit wir uns noch mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung nehmen können, habe ich die Abrechnung einem kompetenten Partner übertragen:

DATA-Med Rheine KG
Privatärztliche Verrechnung
Salzbergener Str. 121
48431 Rheine
Telefon: 05971/1616-0
Telefax: 05971/161616
E-Mail: info@data-med-rheine.de

Die DATA Med gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von mir vorgegebenen Rech-nungen und erteilt Ihnen jeweils alle von Ihnen gewünschten Auskünfte. Bei eventuellen Erstattungsproblemen unterstützt Sie die DATA Med gegenüber Ihrer Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern.

Das von der DATA Med praktizierte Abrechnungsverfahren hat sich vielfach bewährt und entlastet unsere Praxis in der Verwaltung. So haben wir mehr Zeit, die speziell unseren Patienten zugute kommt.

Nach der geltenden Rechtslage ist für dieses Abrechnungsverfahren Ihr schriftliches Einver-ständnis erforderlich. Ich bitte Sie höflich um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung. Selbstverständlich ist die DATA Med zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich bedanke mich für Ihr Vertrauen.