

Name, Vorname der/des Versicherten		
geb. am		
Kassennr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

(Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat. Ausfüllen mit Drucker möglich.)

Einverständniserklärung des Patienten für die Erbringung von IGeL-Leistungen und die Weitergabe persönlicher Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Datum:

Sie wünschen die Durchführung eines molekulargenetischen Dermatomykose-Arrays als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) durch das CBT Bonn (PD Dr. med. Johannes Kruppenbacher, Am Propsthof 3, 53121 Bonn). Nach der Durchführung der Analyse erhalten Sie eine Rechnung.

Die Kosten für den Dermatomykose-Array betragen pro eingesendetem Material 118,32 Euro.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arztabrechnung - betriebswirtschaftliche Beratung - Verrechnungssysteme GmbH (45470 Mühlheim a. d. Ruhr, Obere Saarlandstraße 3 und 76255 Ettlingen, Weberstraße 55), an die das CBT die Honoraranforderung abgetreten hat.

Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Durch die Abtretung des Honorars wäre das CBT in einem streitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei eventuellen Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müssten. Die Rechnung wird aber nach den Anweisungen des CBT erstellt und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft erforderlich.

Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen, das ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesem Abrechnungsverfahren und der Abtretung der Honorarforderungen an die ABV für jede zukünftige ärztliche Behandlung durch uns - bis auf Widerruf - einverstanden.

Ich bin bei oben genannter gesetzlicher Krankenversicherung versichert. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten. Ich bitte, die oben aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und privat zu berechnen.

Ich bin mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten und dem Abrechnungsverfahren einverstanden.

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO für die zukünftige Verarbeitung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patientin / Patient / gesetzlicher Vertreter