

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben die Abrechnung unserer privatärztlich erbrachten Leistungen und die Geltendmachung unserer Honoraransprüche an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung dgpar GmbH, Mainzer Str. 97, 65189 Wiesbaden, übertragen. Sie werden künftig unsere Liquidation von der dgpar GmbH erhalten. Über die Einzelheiten möchte ich Sie hier aufklären und um Ihre Zustimmung bitten.

---

Vorname, Name, Anschrift Patient/in

---

Soweit abweichend: Zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger und Anschrift

---

Telefon

Email-Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

Krankenversicherung / Kostenträger

---

Versicherungstarif

## **Einverständnis in die Erstellung der Honorarrechnung und den Einzug inkl. Abtretung der Honorarforderung**

1. Zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Honoraransprüche der jeweils behandelnden Praxis innerhalb der Praxisgemeinschaft Hofheim, Castellerstraße 91a, 65719 Hofheim (Praxis Diana Niemeyer / Praxis Jenny Sanke) für alle ärztlichen, therapeutischen und vergleichbaren Tätigkeiten stimme ich hiermit der Weitergabe aller erforderlichen Daten und Informationen an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung dgpar GmbH, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden (DGPAR) zu, die für die Rechnungsstellung, den Forderungseinzug und ggf. der gerichtlichen Geltendmachung beauftragt wurde. Die Weitergabe betrifft dabei insbesondere auch die für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten wie meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation (Diagnosen, Befunde, Behandlungsverlauf), Laborrechnungen, Formulare etc. Informationen zur Datenverarbeitung der DGPAR finde ich hier: [www.dgpar.de/datenschutz](http://www.dgpar.de/datenschutz)

2. Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt/Ärztin oder Therapeut/Therapeutin die Honorarforderungen aus meiner Behandlung an die DGPARG abtritt. Die DGPARG ist damit berechtigt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen und einzuziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen zu beauftragen sowie Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien einzuholen. Einwendungen gegen die Forderung sind im Streitfall gegenüber der DGPARG zu erheben. Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung kann mein Arzt als Zeuge vernommen werden. Die DGPARG ist berechtigt, die Forderung als Sicherheit zur eigenen Refinanzierung abzutreten und zur diesbezüglichen Verwaltung an die A.B.S. Global Factoring AG, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, weiterzugeben. Das Einverständnis umfasst dabei auch eine Datenübermittlung gemäß Ziffer 1 dieser Erklärung nur, sofern und soweit dies erforderlich ist.
3. Ich entbinde meinen Arzt/Ärztin oder Therapeut/Therapeutin von seiner gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen durch die DGPARG, einschließlich der Abtretung zur Refinanzierung erforderlich ist.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgt ist.

Für Hinweise zu unserer Datenschutzerklärung, wenden Sie sich gerne an unser Praxisteam.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in

**Hinweis:**

Wir rechnen sämtliche Leistungen gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Bei der Abrechnung findet der sogenannte "Schwellenwert" Anwendung. Dieser liegt für rein ärztliche Leistungen, für technische Leistungen und für Laborleistungen beim zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung vereinbarten Versicherungstarif des jeweiligen Einzelsatzes. Für besonders schwierige oder zeitaufwendige Leistungen (bzw. Zusatzuntersuchungen) kann sich der Faktor für ärztliche Leistungen – mit entsprechender Begründung – auf das 3,5fache erhöhen.

Hiermit erklären Sie Ihr Einverständnis, dass alle erbrachten ärztlichen Leistungen auf Grundlage der GOÄ in Rechnung gestellt werden und, soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist, der Rechnungsbetrag von Ihnen selbst zu begleichen ist. Bei Rechnungsadressänderung wird um sofortige Mitteilung gebeten, da ansonsten anfallende Kosten zur Adressermittlung von Ihnen zu tragen sind.

Sie können die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) jederzeit am Empfang einsehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren.

Alternativ ist die GOÄ im Internet unter <http://www.e-bis.de/> oder als App iGOÄ für iPhone oder Android ([www.igoae.de](http://www.igoae.de)) abrufbar.