

Abrechnung über PAS Dr. Hammerl GmbH & Co KG

Name d. Patienten: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Der Verwaltungsaufwand in einer modernen Praxis stellt heute eine enorme Herausforderung dar. Arbeitszeit von Mitarbeitern und Ärzten wird hier zunehmend durch kaufmännische Verwaltungsaufgaben gebunden – dies ist Zeit, die bei der Behandlung und Beratung der Patienten verloren geht.

Aus diesem Grund hat sich Ihr Behandelnder für die Zusammenarbeit mit der PAS GmbH als seine Verrechnungsstelle entschieden. Wir erledigen für Ihren Behandelnden alles rund ums Thema Rechnungen und deren Abwicklung.

Für Sie als Patient bedeutet dies:

- Ihr Behandelnder und sein Team haben mehr Zeit für Ihre Behandlung und Beratung.
- Keine Mehrkosten für Sie.

Sie gewinnen aber nicht nur in den oben erwähnten Punkten, sondern haben auch weitere spürbare Vorteile durch diese Zusammenarbeit:

- Unterstützung bei Erstattungsproblemen mit Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern.
- Auf Wunsch können Sie Ihre Rechnung auch in Raten begleichen. Erteilen Sie Ihrem Behandelnden Ihre Einwilligung und profitieren Sie von dieser Kooperation.

Information zur Abrechnung - Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PAS GmbH. Hierbei handelt es sich um Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, die erbrachte Leistung gem. den Gebührenordnungen sowie die dazugehörigen Diagnosen, Befunde, Rechnungsbeträge, Laborrechnungen und Formulare.

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PAS GmbH.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PAS GmbH die Leistungen meines Behandelnden mir gegenüber ausschließlich auf dessen Weisung im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein Behandelnder in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde hiermit meinen Behandelnden von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten der PAS GmbH zur Rechnungsstellung und zur Geltendmachung - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Die PAS GmbH verpflichtet sich und evtl. Dienstleister zur Verschwiegenheit sowie zur Einhaltung des Datenschutzes. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft über Ihren Behandelnden oder die PAS GmbH schriftlich widerrufen werden.

Münster, den

.....

Patient/in Unterschrift

.....

Mike Adkins, Heilpraktiker PT