

Einverständnis über privatärztliche Behandlung & E-Mail-Versand

Stand 09/2024



Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
E-Mail-Adresse		Telefonnummer	

Einverständnis über privatärztliche Behandlung

Ich wünsche eine Behandlung auf privatärztlicher Basis durch Frau Sarah Röhm in Anspruch zu nehmen. Ich bin privat versichert und/oder beihilfeberechtigt bzw. zusatzversichert oder ich trage die entstehenden Kosten selbst („Selbstzahler“). Mein behandelnder Arzt wird die Leistungen privatärztlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Dies ist unabhängig von der Erstattung der Leistungsträger in vollem Umfang von mir zu bezahlen (Behandlungsvertrag).

Ort	Datum	Unterschrift Patient
		Unterschrift Arzt

Einverständnis zur Rechnungslegung & Befundübermittlung via E-Mail

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und werde Ihnen umgehend Änderungen mitteilen. Bis zum Widerruf dieser Erklärung erhalte ich Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge ausschließlich per E-Mail im PDF-Format.

Ich willige darin ein, dass meine in der Rechnung niedergelegten persönlichen Daten per E-Mail an mich übersendet und somit verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt zu dem Zweck, Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge an mich zu übersenden. Weiterhin willige ich ein, wenn erforderlich, dass Befunde an mich bzw. an weiterbehandelnde Ärzte via E-Mail übermittelt werden. Sollten diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden, entbinde ich die Praxis diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort	Datum	Unterschrift Patient
-----	-------	----------------------