

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geboren am

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers\* geboren am

\*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die EOS Health Honorarmanagement AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg (Health AG), ermöglicht die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie.

Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG.

EOS Health  
Honorarmanagement AG Tel. 040 524709-000  
Patientenservice Fax 040 524709-020  
Lübeckertordamm 1 - 3 info@healthag.de  
20099 Hamburg www.healthag.de

Ihre Angaben sind dort in guten Händen.  
Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreibt, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung.

Vielen Dank!  
Ihr Praxis-/Klinikteam

## Patientenangaben

Der Patient

erklärt, ggfs. vertreten durch gesetzliche Vertreter mit Alleinvertretungsmacht:

Ich bin einverstanden

- mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe usw.), an die Health AG sowie mit der dort erfolgenden Speicherung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,
- mit der Weitergabe der vorgenannten Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (s. o.), an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Kurfürstendamm 125a, 10711 Berlin,
- mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung(en) an die Health AG und zum Zwecke der Refinanzierung mit einer Weiterabtretung der Forderung(en) durch die Health AG an die SPV Health Finanzierungs-GmbH,

und entbinde insoweit meinen Behandler bzw. die Praxis/Klinik (vgl. Praxisstempel) von der ärztlichen Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung durch die Health AG oder die SPV Health Finanzierungs-GmbH erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeuge vernommen werden kann.

Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung nach § 33 BDSG.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Auskunfteien, unter anderem bei Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, einholt.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber meinem Behandler bzw. der Praxis/Klinik oder der Health AG widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Praxis-/Klinikstempel

Dr. med. dent.  
Welf-Christian Mahlke  
Zahnarzt  
Osterstr. 138  
26506 Norden  
Tel. 04931 / 3156

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geboren am

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers\* geboren am

\*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die EOS Health Honorarmanagement AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg (Health AG), ermöglicht die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie.

Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG.

EOS Health  
Honorarmanagement AG Tel. 040 524709-000  
Patientenservice Fax 040 524709-020  
Lübeckertordamm 1 - 3 info@healthag.de  
20099 Hamburg www.healthag.de

Ihre Angaben sind dort in guten Händen.  
Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreibt, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung.

Vielen Dank!  
Ihr Praxis-/Klinikteam

## Patientenangaben

Der Patient

erklärt, ggfs. vertreten durch gesetzliche Vertreter mit Alleinvertretungsmacht:

Ich bin einverstanden

- mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe usw.), an die Health AG sowie mit der dort erfolgenden Speicherung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,
- mit der Weitergabe der vorgenannten Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (s. o.), an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Kurfürstendamm 125a, 10711 Berlin,
- mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung(en) an die Health AG und zum Zwecke der Refinanzierung mit einer Weiterabtretung der Forderung(en) durch die Health AG an die SPV Health Finanzierungs-GmbH,

und entbinde insoweit meinen Behandler bzw. die Praxis/Klinik (vgl. Praxisstempel) von der ärztlichen Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung durch die Health AG oder die SPV Health Finanzierungs-GmbH erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeuge vernommen werden kann.

Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung nach § 33 BDSG.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Auskunfteien, unter anderem bei Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, einholt.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber meinem Behandler bzw. der Praxis/Klinik oder der Health AG widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Praxis-/Klinikstempel

Dr. med. dent.  
Welf-Christian Mahlke  
Zahnarzt  
Osterstr. 138  
26506 Norden  
Tel. 04931 / 3156