

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in\* oder abweichende/-r  
Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

Elternteil\*\*    Betreuer/-in    Ehegattin/-gatte

oder

\*\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende  
Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils  
abgegeben.

Pflichtfeld - per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

## Einverständniserklärung

### Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Apotheken- u. Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Dr. Güldener GmbH) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Dr. Güldener GmbH.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch die Dr. Güldener GmbH an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Dr. Güldener GmbH die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend

machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt sowie die Dr. Güldener GmbH von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder der Dr. Güldener GmbH zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*

und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

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

**Apotheken u. Ärzte**  
**Abrechnungszentrum**  
**Dr. Güldener GmbH**

Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Praxisstempel

61 84 01500  
Überörtliche BAG  
Dr. med. Jörg Bubeck  
Emanuela Beata Breckwoldt  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Dr. med. Christine Klose  
Fachärztin für Innere Medizin  
Gutenbergstr. 1 - 71665 Vaihingen  
Tel.: 0 70 42 / 1 40 20 - Fax: 1 40 80

Original zur Ablage in Karteikarte

# Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Dr. Güldener GmbH)** übertragen. Die Rechnungsstellung über die Dr. Güldener GmbH ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Die Dr. Güldener GmbH gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet die Dr. Güldener GmbH Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter der Dr. Güldener GmbH gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätz-

lich bietet Ihnen die Dr. Güldener GmbH an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die umseitige Einverständniserklärung. Die Dr. Güldener GmbH wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist die Dr. Güldener GmbH gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte der Dr. Güldener GmbH. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt oder unter [www.apotheken-aerzte.de/datenschutz](http://www.apotheken-aerzte.de/datenschutz).

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten der Dr. Güldener GmbH und des Datenschutzbeauftragten:

**Apotheken u. Ärzte**  
**Abrechnungszentrum**  
**Dr. Güldener GmbH**

Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 25399

Marienstraße 10  
70178 Stuttgart  
Telefon 0711 96000-216  
Telefax 0711 96000-272

Datenschutzbeauftragter Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH · Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart  
[datenschutz@apotheken-aerzte.de](mailto:datenschutz@apotheken-aerzte.de)

[www.apotheken-aerzte.de](http://www.apotheken-aerzte.de)