



Vereinbarung zur ambulanten Behandlung

Name des Patienten:		Geburtsname:	
Vorname:		Geburtsdatum:	
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefon privat:		Telefon geschäftlich:	
E-Mail:			
Krankenversicherung			

Bei Behandlung von Minderjährigen, Schülern, Studenten:

Als Inhaber*in/Mitinhaber*in der elterlichen Sorge des Patienten/der Patientin erkläre ich mein Einverständnis zur vorstehenden Regelung und verpflichte mich zur Erfüllung der daraus sich ergebenden Zahlungsverpflichtung.

Name und Anschrift der Eltern

Vorbehandlung bei:

Hausarzt anderer Arzt zuweisender Arzt Bitte geben Sie den vollständigen Namen und Adresse an.

Zwischen dem/der oben genannten Patienten/Patientin (bzw. bei minderjährigen Patienten/Patientinnen, dem oder den oben genannten Sorgeberechtigten) und Frau Prof. Dr. med. Maria-Christina Jung wird die ambulante persönliche Beratung und Behandlung vereinbart.

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass Frau Prof. Dr. med. Maria-Christina Jung die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenkarte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde und Behandlungsverläufe), auch soweit es sich um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich Frau Prof. Dr. med. Maria-Christina Jung ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

--

--

Unterschrift des Patienten

bzw. seines Vertreters/Vertreterin (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

--

Aufnahme und Aufklärung erfolgt durch:

Prof. Dr. M.- Chr. Jung