



Verrechnungsstelle für Heilberufe GmbH

Hochheider Weg 219 · 26125 Oldenburg

Einverständniserklärung von Herrn / Frau

Vor- und Zuname des Patienten

Geburtsdatum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mir seitens der

Name der Praxis

gestellten Rechnungen bis auf meinen Widerruf hin über die VfH Verrechnungsstelle für Heilberufe GmbH abgerechnet werden, und die Forderungen der o.g. Praxis mir gegenüber an die VfH abgetreten und von dieser eingezogen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Praxis die den jeweiligen Behandlungsfall betreffenden Rechnungsunterlagen beziehungsweise die für die Abrechnung bedeutsamen Daten und Umstände der VfH mitteilt. Die o.g. Praxis wird insoweit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der VfH entbunden.

Informationen zu der Speicherung und dem Umgang mit Ihren Daten erhalten Sie unter: www.vfh-gmbh.de/Datenschutzhinweise_Transparenzerklaerung.htm.

_____, den _____, den _____
Ort Datum Unterschrift des Patienten