

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Name	Vorname	
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Zivilstand
Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)		Geburtsdatum
Strasse	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Natel	Nationalität
Beruf	Arbeitgeber	Telefon
Zuweisende(r) Arzt/Ärztin	Hausarzt/-ärztin	
Kostenträger AMBULANTE BEHANDLUNG	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Krankenkasse/Versicherung	Versicherungsnummer	
Kostenträger SPITALBEHANDLUNG	<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung <input type="checkbox"/> Halbprivate Spitalvers.	<input type="checkbox"/> Private Spitalversicherung <input type="checkbox"/> Selbstzahler

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Personendaten und weiteren Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Behandlungsgegenstand) an die Encath AG (siehe Rückseite);
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden finanziellen Forderungen des Arztes an die Encath AG;
- sicherungsweisen Weiterabtretung dieser finanziellen Forderungen durch die Encath AG an ein refinanzierendes Kreditinstitut;
- Einholung betriebsrechtlicher Auskünfte durch die Encath AG beim zuständigen Betriebsamt.

Ich entbinde meinen Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Hinweise für Patienten zur Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner übertragen:



Encath AG
FMH Factoring Services
Neuengasse 5
2502 Biel

Telefon 032 560 39 40
Telefax 032 560 39 41
E-Mail service@fmhfactoring.ch

Die Encath AG unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei Encath Ansprechpartner zur Verfügung.

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihre Praxis

Praxisstempel

*elimed AG®
Institut für Gynäkologie & ästhetische Medizin
Praxis: Badstraße 32, CH - 5400 Baden
Telefon: 056/200 94 94
Telefax: 056/200 94 95
E-Mail: info@elimed.ch*