

Name  Vorname

Geburtsdatum  Zivilstand  Nationalität

männlich  weiblich

Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten

Strasse  PLZ  Wohnort

Telefon privat  Natel

E-Mail

Beruf  Arbeitgeber  Telefon

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin

Hausarzt/Hausärztin

Kostenträger  
AMBULANTE BEHANDLUNG

Krankenkasse  Unfallversicherung  Selbstzahler

Krankenkasse/Versicherung  Versicherungsnummer

Kostenträger  
SPITALBEHANDLUNG

Allgemeinabteilung  Private Spitalversicherung  
 Halbprivat  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 mediserv AG
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden finanziellen Forderungen des Arztes an die mediserv AG;
- sicherungsweisen Weiterabtretung dieser finanziellen Forderungen durch die mediserv AG an ein refinanzierendes Kreditinstitut;
- Einholung betriebsrechtlicher Auskunfte durch die mediserv 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 bzw. gesetzlicher Vertreter

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:

mediserv AG  
Factoring & Inkasso  
Neuengasse 5  
2502 Biel

Telefon 032 560 39 30  
Web: [www.mediserv.ch](http://www.mediserv.ch)

Die mediserv 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 der mediserv AG Ansprechpartner zur Verfügung.

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

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihre Praxis

**elimed**<sup>®</sup>  
Institut für Gynäkologie und ästhetische Medizin  
Badstrasse 32 • CH - 5400 Baden

## 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 Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Behandlungsgegenstand) an die mediserv AG
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden finanziellen Forderungen des Arztes an die mediserv AG;
- sicherungsweisen Weiterabtretung dieser finanziellen Forderungen durch die mediserv AG an ein refinanzierendes Kreditinstitut;
- Einholung betriebsrechtlicher Auskünfte durch die mediserv 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 bzw. gesetzlicher Vertreter