

WEITERE VEREINABRUNG ZWISCHEN

Patient:in

Geb.-Datum:

Der Praxis

Vitova Physio
vertr. d. Dolfus & Labermeier GbR
Borsigstr. 2
65205 Wiesbaden
Tel. +49 (0) 6122 778940
Mail: nordenstadt@vitova-physio.de

Der Abrechnungsfirma

Optica Abrechnungszentrum
Dr. Güldener GmbH
Marienstr. 10
70178 Stuttgart
Tel. +49 (0) 61947 947- 222
Fax +49 (0) 61947 947 - 43

Information zu Ihrer Rechnung

Liebe Patient:innen

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass wir uns zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren können. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, übertragen wir die Abrechnung der Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Optica). Die Rechnungsstellung über Optica ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Optica gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet uns Optica deutlich bei unseren Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeitenden von Optica gerne zur Verfügung.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu diese Erklärung.

Selbstverständlich ist Optica zur Einhaltung strengster Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Die rechnungsbezogenen Daten werden aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

1. Weitergabe der zur Durchführung der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patient:innenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten), an die Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Optica) und der dort vorzunehmenden Speicherung dieser Daten.
2. Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an Optica.
3. im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch Optica an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf, (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Optica 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, können die Behandler:innen in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeug:innen gehört werden.

Ich entbinde meine Behandler:innen sowie Optica von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

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

Nordenstadt, 12.01.2022

`SovdSignatur`

Ort, Datum

Unterschrift