

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir möchten die Rechnungsstellung und den Honorareinzug für die ärztliche Behandlung  
an den hierauf spezialisierten Dienstleister

*AfH Abrechnung für Heilberufe GmbH, Bahnhofstraße 18, 86911 Dießen, (kurz „AfH“) übergeben.*

AfH unterliegt als Verantwortlicher der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Durch meine Unterschrift befreie ich die Ärztin/den Arzt für diese und künftige Behandlungen von ihrer/seiner Verpflichtung zur Verschwiegenheit und erkläre mich mit der Weitergabe personenbezogener Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, nach der Gebührenordnung erbrachte Leistungen und die dazugehörigen Diagnose) einverstanden. Die Ärztin/der Arzt ist zur Abtretung ihrer/seiner Vergütungsansprüche an AfH berechtigt. Die Einwilligung erstreckt sich auch auf Erfüllungsgehilfen (Druck- und Versandzentrum Kohlhammer GmbH, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart).

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Die Löschung personenbezogener Daten erfolgt nach Vertragsabwicklung unter Berücksichtigung von Aufbewahrungsfristen. Sie sind berechtigt, Auskunft über die bei AfH gespeicherten Daten oder die Löschung/Änderung der Daten zu verlangen. Bei Fragen können Sie sich auch den Datenschutzbeauftragten der AfH wenden.

---

Ort, Datum

Name des Patienten

---

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

# Anmeldung für Privatpatienten

Name und Vorname Patient \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Versicherung Privat  KVB I-III  KVB IV  Post B

Beihilfe  Standardtarif  Basistarif  Student  Knappschaft

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_