

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

## Angaben des Patienten

Name, Vorname, Anschrift des Patienten:

Geboren am

## Angaben des Rechnungsempfängers\*

Name, Vorname, Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers:

Geboren am

\* Eltern/Vormund/Betreuer bei Patienten unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/  
beschränkt Geschäftsfähigen.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer  
personenbezogenen Daten können Sie abrufen unter:  
[www.healthag.de/datenschutz](http://www.healthag.de/datenschutz)

# Einwilligungserklärung

**Der Patient erklärt, ggf. vertreten durch gesetzliche Vertreter mit Alleinvertretungsmacht:**

### Ich bin einverstanden

- mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die EOS Health Honorarmanagement AG, Lübeckertordamm 1–3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, sowie mit der dort erfolgenden Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,
- mit der Weitergabe der vorgenannten Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (s. o.), an die SPV Health Finanzierungs-GmbH, Joachimsthaler Straße 20, 10719 Berlin, kurz SPV,
- mit einer Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und zum Zwecke der Refinanzierung mit einer Weiterabtretung der Forderung(en) durch die Health AG an die SPV

und entbinde insoweit meinen Behandler bzw. die Praxis/Klinik (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG oder die SPV erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG oder ggf. der SPV zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG oder ggf. der SPV als Zeuge vernommen werden kann.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG Informationen über meine Bonität bei Auskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellt z. B. die CRIF Bürgel GmbH (Radlkofenstraße 2, 81373 München) die in ihrer Datenbank zu meiner Person gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher, die auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelt werden, zur Verfügung, sofern mein Behandler bzw. die Praxis/Klinik oder die Health AG ein berechtigtes Interesse glaubhaft dargelegt hat. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Behandler bzw. der Praxis/Klinik oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

# Erläuterung zur umseitigen Einwilligungserklärung

## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, das Management unserer Patientenrechnungen an den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die EOS Health Honorarmanagement AG, kurz Health AG, ermöglicht die zügige und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie.

Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die Health AG. Ihre Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Damit die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der Health AG möglich wird, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Bitte unterschreiben Sie hierfür diese Einwilligungserklärung.

Vielen Dank!

Ihr Praxis-/Klinikteam

EOS Health  
Honorarmanagement AG  
Patientenservice  
Lübeckertordamm 1-3  
20099 Hamburg

T +49 40 524 709-000  
F +49 40 524 709-020

info@healthag.de  
www.healthag.de

