

Name, Vorname, Anschrift des Patienten:

Geboren am

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

Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, und der zu diesem Zweck dort erfolgenden Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG

und entbinde insoweit meine behandelnde Ärztin/Zahnärztin bzw. meinen behandelnden Arzt/Zahnarzt und die berufsmäßig tätigen Gehilfen der Praxis/Klinik (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist. Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und die behandelnde Ärztin/Zahnärztin bzw. der behandelnde Arzt/Zahnarzt und die berufsmäßig tätigen Gehilfen der Praxis/Klinik im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeugen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunften einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF Bürgel GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München) und/oder die Creditreform Boniversum GmbH (Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. 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 meiner behandelnden Ärztin/Zahnärztin bzw. meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt und den berufsmäßig tätigen Gehilfen der Praxis/Klinik oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

## Angaben des Rechnungsempfängers\*

Name, Vorname, Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers:

Geboren am

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

Datum

Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

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

## 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 einen Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die Health Coevo 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 Datenschutz-Grundverordnung (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