

**Einverständniserklärung zur Privatliquidation  
durch die Ärztliche Abrechnungsstelle Dietze, Rückersdorf**

Mit der Erstellung der Arztrechnung und Abtretung der Rechnungsforderung an die  
Ärztliche Abrechnungsstelle Dietze in Rückersdorf  
bin ich

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

bis auf Widerruf einverstanden.

Soweit hier für die Übermittlung personenbezogener Daten (z. B. Angaben zur Personen-Identifikation wie Name, Anschrift, Telefon, E-Mail, Geburtsdatum, insbesondere auch Daten über meine Gesundheit) an die Abrechnungsstelle für Ärzte, Dietze in Rückersdorf erforderlich wird, gebe ich hierzu meine ausdrückliche Zustimmung.

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf dritte Ärzte, sofern diese liquidationsberechtigt sind und an der Behandlung mitwirken müssen. Die Abrechnungsstelle Dietze in Rückersdorf unterliegt analog ihrem Arzt der Schweigepflicht.

**Ich verpflichte mich, den Rechnungsbetrag auch dann in voller Höhe und innerhalb des Zahlungszieles zu bezahlen, wenn die Vergütung nicht oder nur teilweise von meiner Krankenkasse oder der Beihilfestelle erstattet wird.**

Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen.  
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Internistische Hausarztpraxis  
Robert Langer  
Röderstraße 6  
90518 Altdorf  
Telefon: 09187/951011  
Fax: 09187/951095  
rezept@praxis-robert-langer.de