

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in\* oder abweichend/-r  
Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

- Elternteil\*\*  Betreuer/-in  Ehegattin/-gatte  
 oder \_\_\_\_\_

\*\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.

Ich erkläre mich ferner mit der Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an AÄA sowie der im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch AÄA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank) einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass AÄA die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozial-

hilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Ärztin/der Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Ärztin/meinen Arzt sowie AÄA von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

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

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*  
und ggf. abweichend/-r Rechnungsempfänger/-in  
\* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt  
Geschäftsfähigen

**AÄA** Abrechnung für  
Ärzte und Apotheken

Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum  
Dr. Güldener GmbH  
Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

# Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz



Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (AÄA)** übertragen. Die Rechnungsstellung über AÄA ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

AÄA gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet AÄA Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von AÄA gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen AÄA an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die umseitige Einverständniserklärung. AÄA wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist AÄA gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von AÄA. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt oder unter [www.apotheken-aerzte.de/datenschutz](http://www.apotheken-aerzte.de/datenschutz).

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

## **Kontaktdaten von AÄA und des Datenschutzbeauftragten**

Apotheken- und Ärzte-Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH  
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 25399  
Marienstraße 10, 70178 Stuttgart  
Telefon: 0711 99373-2100  
Telefax: 0711 99373-2130

Datenschutzbeauftragter AÄA · Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart  
[datenschutz@apotheken-aerzte.de](mailto:datenschutz@apotheken-aerzte.de)

[www.apotheken-aerzte.de](http://www.apotheken-aerzte.de)