

# THERAPIEZENTRUM



NICOLE  
HEUWIESER

## **EINWILLIGUNG ZUR DATENWEITERGABE AN EIN ABRECHENZENTRUM**

Lieber Patient,

zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch

**Opta Data Abrechnungs GmbH, Berthold-Beitz-Boulevard 514, 45141 Essen**

bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Hiermit erteile ich oben genannter Praxis für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe:

Name | Vorname Anschrift

Geburtsdatum Ggf. gesetzlicher Vertreter

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Ort | Datum Unterschrift