

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten die Rechnungsstellung und den Honorareinzug für die ärztliche Behandlung an den hierauf spezialisierten Dienstleister

**AfH Abrechnung für Heilberufe GmbH, Bahnhofstr. 18, 86911 Dießen**  
übergeben.

AfH unterliegt den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bitte Sie, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, nach der Gebührenordnung erbrachte Leistungen sowie die dazugehörigen Diagnosen an die AfH und an deren Erfüllungsgehilfen zu übermitteln.

.....  
Datum

.....  
Name des Patienten

.....  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter