

**Praxisstempel**

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefonnummer tagsüber (freiwillige Angabe)	Telefonnummer abends (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)	
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	

Nach vollständiger Aufklärung über die zu erteilende Einwilligungserklärung erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden mit der  
 ■ **Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an MCC Medical CareCapital AG** (nachfolgend MCC).

■ Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an MCC.

■ im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen der MCC an die Deutsche Postbank AG, Friedrich-Ebert-Allee 114-126, 53113 Bonn, an die KBC-Bank Deutschland AG, Wachtstraße 16, 28195 Bremen, bzw. an die Sparkasse Krefeld, Ostwall 155, 47798 Krefeld, wobei in jedem Fall die Vertraulichkeit der Patientendaten gewährleistet ist. Es werden keine behandlungsrelevanten Daten weiter gegeben, sondern lediglich Rechnungsempfänger, Rechnungsnummer und Rechnungsbetrag.

Mir ist bekannt, dass die MCC berechtigt ist, eine Informationsauskunft zum bisherigen Zahlungsverhalten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden einzuholen.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass MCC gegebenenfalls die Leistungen meines behandelnden Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen oder die durch meinen behandelnden Arzt in Rechnung gestellten Beträge für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der behandelnde Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

**Ich entbinde meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung und die Einholung der Bonitätsauskunft erforderlich ist.**

Streichungen und/oder Änderungen machen diese Erklärung unwirksam.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ **X** Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

Hiermit ermächtige ich die MCC Medical CareCapital AG, die von mir zu entrichtenden Zahlungen im Rahmen der Behandlungen durch meinen behandelnden Arzt bei Fälligkeit per Lastschrift einzuziehen:

Kontonummer	Kontoinhaber
BLZ	Kreditinstitut

Ort / Datum \_\_\_\_\_ **X** Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung