

Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht für die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach GOÄ /GOP

Zwischen

PATIENT:IN

Name, Vorname, Geb.datum

und

BEHANDLERIN Frau Andrea Gonsior

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Immenstädterstraße 18

87435 Kempten

Zweck der Datenübermittlung:

Um die erbrachten psychotherapeutischen Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) korrekt abrechnen zu können und damit eine Erstattung durch die Kostenträger erfolgen kann, ist die Angabe von medizinischen Daten auf der Rechnung sowie die Beantwortung von Rückfragen zur Leistungspflicht erforderlich.

Umfang der Entbindung der Schweigepflicht:

Ich entbinde Frau Andrea Gonsior hiermit ausdrücklich von der Schweigepflicht gemäß §203 StGB gegenüber:
meiner privaten Krankenversicherung:

Name der Versicherung

meiner zuständigen Beihilfestelle:

Name der Beihilfestelle

Die Entbindung bezieht sich auf folgende Daten, sofern sie für die Rechnungsstellung oder die Prüfung der Erstattungspflicht zwingend erforderlich sind: Name, Vorname, Anschrift; Behandlungsdaten (Datum der Sitzungen), Diagnosen (gemäß ICD-10), abgerechnete Leistungen (Ziffern der GOÄ), Begründung bei Überschreitung des Schwellenwertes (Steigerungssätze).

Freiwilligkeit und Widerruf:

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass die Nichtabgabe oder der Widerruf dieser Erklärung dazu führen kann, dass eine Erstattung durch die Kostenträger nicht oder nur eingeschränkt möglich ist. Ich bleibe in diesem Fall zur privaten Zahlung des Honorars verpflichtet.

Diese Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN

Name, Vorname, Geb.datum

Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht für die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen

Ort, Datum

SORGEBERECHTIGT 1:

Name, Vorname; Geb.Datum

Unterschrift

SORGEBERECHTIGT 2:

Name, Vorname; Geb.Datum

Unterschrift

PATIENT:IN (ab 18. Lebensjahr):

Name, Vorname; Geb.Datum

Unterschrift