

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in\* oder  
abweichender Rechnungsempfänger

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

	geboren am

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

Eltern\*\*  Betreuer  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 Durchführung der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten), an die Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Optica) und der dort vorzunehmenden Speicherung dieser Daten.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an Optica.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch Optica an die Deutsche Apotheker- und Ärztekasse e. G., Düsseldorf, (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Optica die Leistungen meiner Praxis mir 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 Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler sowie Optica von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

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

Ort/Datum



Optica Abrechnungszentrum  
Dr. Güldener GmbH  
Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*  
und gegebenenfalls abweichender Rechnungsempfänger  
\*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel

Therapiezentrum Physio Wandsbek  
Brauhausstieg 47  
22041 Wandsbek  
physio-winterhude.com  
040 - 55638761

# Informationen zu Ihrer Rechnung

## Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass wir uns zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren können. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, übertragen wir die Abrechnung der **Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH (Optica)**. Die Rechnungsstellung über Optica ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Optica gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet uns Optica deutlich bei unseren Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von Optica gerne zur Verfügung.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Erklärung auf der Rückseite.

Selbstverständlich ist Optica zur Einhaltung strengster Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Die rechnungsbezogenen Daten werden aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.  
**Ihre Praxis**

Kontaktdaten für Ihre Fragen:

**Optica**

EINFACH. BEGEISTERND.

Marienstraße 10 · 70178 Stuttgart  
Telefon 0711 61947-222  
Telefax 0711 61947-43