
Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Geburtsdatum

Name Leistungsempfänger, falls abweichend

E-Mail

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Praxisbezeichnung/-stempel

Einwilligung zur Abrechnung durch die S&F Süddeutsche Factoring

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die aus der Behandlung entstehende Forderung an die S&F Süddeutsche Factoring GmbH & CO.KG (S&F) abgetreten wird, dies gilt auch für zukünftige Forderungen.
- die zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich persönlichen Behandlungsdaten (Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, E-Mailadresse, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) der S&F weitergegeben und dort verarbeitet werden.
- S&F die Forderung im Rahmen der eigenen Refinanzierung sicherungsweise an ein weiteres Kreditinstitut abtreten kann.
- S&F zur Prüfung meiner Bonität Informationen bei einer Auskunft einholen kann. Name und Adresse der Auskunft teilt die Praxis und/ oder S&F auf Nachfrage mit.

S&F wird die erbrachten Leistungen mir gegenüber in eigenem Namen in Rechnung stellen und einziehen.

Sämtliche Zahlungen sind ausschließlich an das Konto von S&F zu leisten. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Arzt/Ärztin als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meinen Behandler gegenüber S&F von seiner ärztlichen/beruflichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Forderungsbeitreibung nötig ist.

Meine Zustimmung ist freiwillig, auch für zukünftige Forderungen, und kann jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Für Fragen zur Abrechnung und dieser Einwilligungserklärung ist die S&F zu erreichen.

☐ Bitte übermitteln Sie mir die Rechnungen in das S&F Onlineportal. Ich verzichte auf den postalischen Rechnungsversand.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in (gesetzl. Vertreter/in oder ggf.abw. Rechnungsempfänger/-in)