Einwilligungserklärung zur
Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich

Vorname Name Geb.-datum

Anschrift

nur bei gesetzl. Vertretung/Betreuung/Bevollmächtigung auszufüllen:

Vorname behandelte Person Name behandelte Person Geb.-datum behandelte Person

---

Anschrift behandelte Person

erkläre mich damit einverstanden, dass die Landesärztekammer Thüringen zur Bearbeitung des folgenden Rechnungssachverhaltes

---

(Angabe Rechnungsnummer und -datum)

bei **der Ärztin/dem Arzt/den Ärzten**

Unterlagen anfordert, die mit dem o.g. Vorgang im Zusammenhang stehen und diese im Rahmen des gebührenrechtlichen Verfahrens verarbeitet, soweit dies zur Klärung des Sachverhaltes erforderlich ist.

Ich entbinde zugleich die Ärztin/den Arzt/die Ärzte von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Landesärztekammer Thüringen und gegenüber den mit der Bearbeitung des Antrags auf Rechnungsprüfung beauftragten Personen/Gremien.

Ich habe die Möglichkeit, diese Erklärung einzuschränken, sowie im Falle mehrerer Behandler lediglich einzelne Schweigepflichtentbindungen zu erteilen. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann zum Abbruch des Verfahrens führen.

Datum Unterschrift behandelte Person/gesetzl. Vertretung/Bevollmächtigte/-r