
Vor- und Nachname des Patienten

Arztstempel



ÄRZTLICHE VERRECHNUNGSSTELLE
WIESBADEN GMBH

Bahnstraße 7 • 65205 Wiesbaden
- Technologiecenter -
Tel.: (0611) 71 86 63 • Fax: 71 30 85

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erteile ich gemäß Bundesdatenschutzgesetz Herrn / Frau Dr. med. _____
die Erlaubnis, die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die **Ärztliche Verrechnungsstelle
Wiesbaden GmbH** weiterzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift

Vor- und Nachname des Patienten

Arztstempel



ÄRZTLICHE VERRECHNUNGSSTELLE
WIESBADEN GMBH

Bahnstraße 7 • 65205 Wiesbaden
- Technologiecenter -
Tel.: (0611) 71 86 63 • Fax: 71 30 85

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erteile ich gemäß Bundesdatenschutzgesetz Herrn / Frau Dr. med. _____
die Erlaubnis, die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die **Ärztliche Verrechnungsstelle
Wiesbaden GmbH** weiterzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift