

	private Versicherung	Beihilfe
<b>Anschrift:</b>	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<b>Vers.-Nr.</b>	.....	.....
<b>Tel.-Nr.</b>	.....	.....
<b>Fax.-Nr</b>	.....	.....
<b>eMail</b>	.....	.....

	private Versicherung	Beihilfe
<b>Anschrift:</b>	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<b>Vers.-Nr.</b>	.....	.....
<b>Tel.-Nr.</b>	.....	.....
<b>Fax.-Nr</b>	.....	.....
<b>eMail</b>	.....	.....

**Psychosomatische Fachklinik  
Simbach a. Inn**

Chefarzt  
MUDr. Martin Ganzarcik  
Facharzt für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Plinganserstr. 10  
84359 Simbach a. Inn

Tel.: 08571/980-7611  
Fax.: 08571/980-7609

psychosomatik@rottalinnkliniken.de

Name, Vorname:  
.....

Straße, Hausnummer:  
.....

PLZ, Ort:  
.....

## Erklärung

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich meine behandelnden Ärzt\*innen und Therapeut\*innen der Psychosomatischen Fachklinik Simbach am Inn gegenüber den oben genannten Institutionen (privat Versicherung, ggf. Beihilfe) von ihrer **ärztlichen Schweigepflicht** entbinde.

Ort, Datum .....  
(Unterschrift)

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter\*innen des Belegungsmanagements und der Patientenaufnahme der Psychosomatischen Fachklinik Simbach am Inn mit oben genannten Institutionen Kontakt aufnehmen zur Klärung von Fragen Kostenübernahme bei Wahlleistung.

Ort, Datum .....  
(Unterschrift)

Die Rechnungsstellung und den Honorareinzug für die privatärztliche Behandlung übergeben wir an den hierauf spezialisierten Dienstleister: **Abrechnung für Heilberufe GmbH (AfH), Am Kirchsteig 7e, 86911 Diessen**, die AfH unterliegt den Bestimmungen des Bundesdatenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir bitten Sie, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass die zur Rechnungsstellung, Geltendmachung und Abtretung notwendigen persönlichen Daten an die AfH und deren Erfüllungsgehilfen übermittelt werden.

Ort, Datum .....  
(Unterschrift)