

Fallübertragung

Verwenden Sie dieses Formular, um einen aktiven ClearCorrect-Fall an einen anderen Behandler zu übertragen. Der neue Behandler muss vor der Übertragung als ClearCorrect-Anbieter registriert sein. Senden Sie dieses unterschriebene Formular per E-Mail an Ihren Kundenberater oder Wenden Sie sich an den Vertreter des Anbieterservices unter support.clearcorrect.com, um Unterstützung zu erhalten.

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Fallnummer _____

Name des Patienten _____

AKTUELLER BEHANDLER

Name des aktuellen Behandlers _____

Ich bestätige, dass ich der Behandler bin, der derzeit für den oben genannten Fall als Anbieter registriert ist. Ich möchte diesen Fall an den unten angegebenen Behandler übertragen. Mir ist bekannt, dass ich nach der Übertragung keine Berechtigung mehr habe, vertrauliche medizinische Informationen von ClearCorrect über diesen Fall zu erhalten. Mir ist bekannt, dass die Übertragung dieses Falls mich nicht von der rechtlichen Verantwortung für die vor der Übertragung erbrachten Leistungen entbindet. Ich erkläre mich mit den aktuellen Preisen sowie den Allgemeinen Auftragsbedingungen von ClearCorrect einverstanden.

Unterschrift des aktuellen Arztes _____ Datum _____

NEUER ARZT

Name des neuen Arztes _____

Name der neuen Praxis _____

Anschrift der neuen Praxis _____

Ort _____ Bundesland _____ Postleitzahl _____

Ich bestätige, dass ich derzeit als ClearCorrect-Anbieter registriert bin. Ich möchte die Verantwortung für alle zukünftigen Behandlungen in dem oben angegebenen Fall übernehmen. Ich bin mir dessen bewusst, dass nach der Übertragung alle zukünftigen Phasen an die von mir angegebene Praxis geschickt werden. Ich bin mir dessen bewusst, dass ich für die Zahlung ausstehender Kosten für diesen Fall verantwortlich sein werde, unabhängig davon, wann diese Kosten entstanden sind, und dass mir zusätzliche Schritte oder Phasen in Rechnung gestellt werden können, wenn die Behandlung über die Anzahl der bereits erworbenen Phasen hinausgeht. Ich erkläre mich mit den aktuellen Preisen sowie den Allgemeinen Geschäftsbedingungen von ClearCorrect einverstanden.

Unterschrift des neuen Arztes _____ Datum _____