

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

- Elternteil** Betreuer/-in Ehegattin/-gatte
 oder _____

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

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

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in
*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH

Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.