

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

		geboren am

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

 Eltern Betreuer Ehegattin/Ehegatte
 oder

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 zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkarte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die HZA Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs- und Service-Gesellschaft mbH und der dort vorzunehmenden Speicherung dieser Daten. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Behandlerin/der Behandler und/oder die HZA teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die HZA.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch die HZA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf, wobei mir bewusst ist, dass die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G. in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Behandlerin/dem Behandler erteilten, erforderlichen Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die HZA die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Diese Schweigepflichtsbindung erfolgt auch zugunsten der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Zustimmung und alle weiteren vorstehenden Erklärungen gelten auch zugunsten der Muttergesellschaft der HZA, der DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH, d. h. die DZR übernimmt insoweit die gleichen Rechte und Pflichten wie die HZA.

Diese Zustimmung wird jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Behandlerin/dem Behandler oder der HZA oder der DZR zu erklären.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche/-r Vertreter/-in*
und gegebenenfalls abweichender Rechnungsempfänger

*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

HZA DR Hanseatische Zahnärztliche
Abrechnungs- und Service-
Gesellschaft mbH

Ein Unternehmen der Dr. Güldener Firmengruppe

HZA Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs-
und Service-Gesellschaft mbH
Heidenkampsweg 51, 20097 Hamburg

Die HZA ist ein hundertprozentiges Tochterunternehmen der

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH,
Marienstr. 10, 70178 Stuttgart.

Praxisstempel

Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass wir uns zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren können. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, übertragen wir die Abrechnung der HZA Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs- und Service-Gesellschaft mbH, einem hundertprozentigen Tochterunternehmen der DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH, Marienstr. 10, 70178 Stuttgart. Die Rechnungsstellung über HZA ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Die HZA gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet uns die HZA deutlich bei unseren Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter der HZA gerne zur Verfügung. Insbesondere

helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern. Zusätzlich bietet Ihnen die HZA an, Ihre Rechnung in Teilzahlungen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis mit diesem Abrechnungsweg regelmäßig erneut schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Erklärung auf der Rückseite.

Selbstverständlich sind sowohl die HZA als auch die DZR zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet. Die rechnungsbezogenen Daten werden aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt. Ihre Patientendaten werden auf keinen Fall an fremde Dritte weitergegeben.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.
Ihre Behandlerin, Ihr Behandler