

Name, Vorname und Anschrift des Patienten _____

_____ geboren am _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Stellung zum Patienten:
 Eltern** Betreuer Ehegattin/-gatte
 oder

Pflichtfeld –per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

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

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

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Durchführung der 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 Speicherung 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 / der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/ meinen Zahnarzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

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

07.16 - 7V/200.000

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*
und ggf. abweichender Rechnungsempfänger

*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

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 **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)**. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

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

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR in der **hanseatischen Niederlassung in Hamburg** gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten

bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilzahlungen zu begleichen.

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

Selbstverständlich ist DZR zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet. Die rechnungsbezogenen Daten werden aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihre Praxis

Kontaktdaten für Ihre Fragen:



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658