



Einverständniserklärung

Patient/in

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in*

Name Vorname Geburtsdatum

Stellung zum Patienten: Vater Mutter oder _____

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an das DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH.
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an das DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch das DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das DZR die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen 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. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

Ort/Datum

x

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in*

Praxisstempel

Original zur Ablage in Karteikarte

* Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

07.08-12V./600.000



Liebe Patientin, lieber Patient,

die beste Arbeit leistet, wer sich auf seine eigentlichen Aufgaben konzentriert. Damit wir uns noch mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung nehmen können, habe ich die Abrechnung einem kompetenten Partner übertragen:

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH

DZR

Ein Unternehmen der Dr. Güldener Firmengruppe

Marienstraße 10 • 70178 Stuttgart
Telefon 07 11 / 6 19 47 40
Telefax 07 11 / 6 19 47 50

Hermann-Klammt-Straße 7 • 41460 Neuss
Telefon 0 21 31 / 5 67 30
Telefax 0 21 31 / 5 67 35 6

Das DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von mir vorgegebenen Rechnungen und erteilt Ihnen jederzeit alle von Ihnen gewünschten Auskünfte. Bei eventuellen Erstattungsproblemen unterstützt Sie das DZR gegenüber der Krankenkasse oder anderen Leistungsträgern und ermöglicht auf Wunsch auch die Teilzahlung Ihrer Rechnungen.

Das vom DZR praktizierte Abrechnungsverfahren hat sich vielfach bewährt und entlastet unsere Praxis in der Verwaltung. So haben wir mehr Zeit, die speziell unseren Patienten zugute kommt.

Nach der geltenden Rechtslage ist für dieses Abrechnungsverfahren Ihr schriftliches Einverständnis erforderlich. Ich bitte Sie höflich um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung. Selbstverständlich ist das DZR zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet und gibt auf keinen Fall Ihre Patientendaten an Adressanbieter, Marketingunternehmen oder den Handel weiter.

Ich bedanke mich für Ihr Vertrauen.

*Ihre Behandlerin,
Ihr Behandler*



Einverständniserklärung

Patient/in

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in*

Name Vorname Geburtsdatum

Stellung zum Patienten: Vater Mutter oder _____

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an das DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH.
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an das DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch das DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das DZR die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen 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. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

Ort/Datum

x

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in*

Praxisstempel

Zweitschrift für Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in



Liebe Patientin, lieber Patient,

die beste Arbeit leistet, wer sich auf seine eigentlichen Aufgaben konzentriert. Damit wir uns noch mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung nehmen können, habe ich die Abrechnung einem kompetenten Partner übertragen:

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH **DZR**
Ein Unternehmen der Dr. Güldener Firmengruppe

Marienstraße 10 • 70178 Stuttgart
Telefon 07 11 / 6 19 47 40
Telefax 07 11 / 6 19 47 50

Hermann-Klammt-Straße 7 • 41460 Neuss
Telefon 0 21 31 / 5 67 30
Telefax 0 21 31 / 5 67 35 6

Das DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von mir vorgegebenen Rechnungen und erteilt Ihnen jederzeit alle von Ihnen gewünschten Auskünfte. Bei eventuellen Erstattungsproblemen unterstützt Sie das DZR gegenüber der Krankenkasse oder anderen Leistungsträgern und ermöglicht auf Wunsch auch die Teilzahlung Ihrer Rechnungen.

Das vom DZR praktizierte Abrechnungsverfahren hat sich vielfach bewährt und entlastet unsere Praxis in der Verwaltung. So haben wir mehr Zeit, die speziell unseren Patienten zugute kommt.

Nach der geltenden Rechtslage ist für dieses Abrechnungsverfahren Ihr schriftliches Einverständnis erforderlich. Ich bitte Sie höflich um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung. Selbstverständlich ist das DZR zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet und gibt auf keinen Fall Ihre Patientendaten an Adressanbieter, Marketingunternehmen oder den Handel weiter.

Ich bedanke mich für Ihr Vertrauen.

*Ihre Behandlerin,
Ihr Behandler*