Krankenkasse bzw. Kostenträger

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Geburtsdatum

Pilichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.
Hsben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in° oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

☐ Eitemtell** ☐ Betreuer/-in ☐ Ehegattin/-gatte

☐ oder

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

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartel (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsstatus, Tätigkeit, Arbeitgeber, 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 Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Arztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dern zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Sollte as über die Berechtigung der Forderungen unterschledliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Arztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etweigen 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 zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertretet/-in* **und ggf.** abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

* bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

DZR | Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR ihre Praxis doutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompotenten Mitarbeiter von DZR geme zur Verfügung. Insheson-dere helfen ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Haben Sie eine DZR-Rechnung erhalten und möchten Sie eine Teilzahlung vereinbaren, besteht vorbehaltlich der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die Möglichkeit, dass Ihnen DZR attraktive Teilzahlungsmodelle anbietet.

Nach gehender Rechtslage ist as erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz", das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter www.dzr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:

DZR | Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Anrtsgericht: Stuttgart HRB 6668

Hauptsitz Stuttgart
Marienstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Niederlassung Neuss
Hermann-Klammt-Straße 7
41460 Neuss
Telefon 02131 77685-5000
Telefax 02131 77685-5030

Hanseatische Niederlassung
Heidenkampsweg 51
20097 Hamburg
Telefon 040 8090307-5050
Telefax 040 8090307-5070

Niederlassung FRH
Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail datenschutz@dzr.de
www.dzr.de