

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

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

☐ oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachste-
hende 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 Geltend-
machung der Forderungen jeweils erforderli-
chen Informationen, insbesondere von Daten
aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum,
Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -ver-
läufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Re-
chenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzu-
nehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- » möglichen Einholung einer Information durch
DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bo-
nität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nach-
frage Name und Adresse der Auskunft mit.
- » Abtretung der sich aus allen Behandlungen er-
gebenden Forderungen an DZR.
- » im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden
Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an
die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.,
Düsseldorf (apoBank).

rung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen
in Rechnung stellen und für sich geltend machen
wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderungen un-
terschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahn-
ärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Aus-
einandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahn-
arzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit
dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendma-
chung der Forderungen erforderlich ist; auch zuguns-
ten der apoBank.

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

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistun-
gen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei ver-
einbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen
Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversiche-

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Da-
tenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Ko-
pie 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

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Praxisstempel

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.