

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

		geboren am

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

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

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in\* oder  
abweichender Rechnungsempfänger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

 Eltern\*\*
  Betreuer
  Ehegattin/-gatte

oder

\*\* 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.

Ort/Datum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
 Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart  
 Telefon 0711 61947-40 | Telefax 0711 61947-50  
 Hermann-Klammt-Straße 7 | 41460 Neuss  
 Telefon 02131 5673-0 | Telefax 02131 5673-56

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

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

\*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel

Dr. J. T. Hilger  
 ZÄ J. König  
 Leonhardstr. 61  
 38102 Braunschweig  
 0531 / 79 01 68  
[www.koenig-hilger.de](http://www.koenig-hilger.de)