

Einverständniserklärung

Patient (in)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Einwilligung zur Abtretung

Ich erkläre mich einverstanden:

- mit der Abtretung der sich aus meiner Behandlung in der Praxis ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (ZA AG);
- mit der Weitergabe aller zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und-verläufe) an die ZA AG;
- mit der Weiterabtretung der Forderungen durch die ZA AG an das refinanzierende Institut Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf.

Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung erforderlich ist.

Ich bin mir darüber bewusst, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der ZA AG zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Zahnarzt ggf. als Zeuge vernommen werden kann.

Hinweis zum Datenschutz

- Die ZA AG wird ggf. Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation im Zusammenhang mit der sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderung einholen.
- Die an die ZA AG übermittelten persönlichen und behandlungsbezogenen Daten werden von der ZA AG – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt zum Zwecke der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.

Bestätigung

- Ich bestätige, eine Durchschrift dieser Erklärung erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Praxisstempel