



Einverständniserklärung

Patient/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH, München.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die ABZ-ZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch die ABZ-ZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die ABZ-ZR die Leistungen meiner Zahnärztin/ meines Zahnarztes 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 Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

x

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

Praxisstempel