

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)	
	Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.
Haben 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:

Elternteil** Betreuer/-in Ehegattin/-gatte

oder _____

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachste-
hende Erklärung auch im Namen des anderen
Elternteils abgegeben.

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 Boni-
tät. 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 Ärztekasse e. G.,
Düsseldorf (apoBank).

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-

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.

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

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 deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es 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:



Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

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