

Ford BKK

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

Frau

geboren am

Mustermann, Muster

Ggf. gesetzliche/-r Vertreter/-in* oder
abweichender Rechnungsempfänger

Mustermann, Muster

Name, Vorname

11.11.1911

Geburtsdatum

Bernard-Eyberg-Str. 45

Straße

51427 Bergisch Gladbach

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

Eltern** Betreuer Ehegattin/-gatte

oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende
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 zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an das DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH und der dort vorzunehmenden Speicherung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch das DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Behandlerin/der Behandler und/oder das DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an das DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch das DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf, (apoBank), wobei mir bewusst ist, dass die apoBank in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Behandlerin/dem Behandler erteilten, erforderlichen

Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das DZR die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler sowie das DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung 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 Behandlerin/dem Behandler oder dem DZR zu erklären.

Bergisch Gladbach, 08.03.16

Ort/Datum

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

und gegebenenfalls abweichender Rechnungsempfänger

*Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH

Ein Unternehmen der Dr. Güldener Firmengruppe

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10, 70178 Stuttgart
Hermann-Klammt-Straße 7, 41460 Neuss

Praxisstempel

31760

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr.Dr.Reiner Brunert, Thomas Hermes
Dr.Marius Brunert
Moitzfeld 42
51429 Bergisch Gladbach
02204-82782

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass wir uns zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren können. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, übertragen wir die Abrechnung dem **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH**. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Das DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von uns vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet uns das DZR deutlich bei unseren Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter des DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durch-

setzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern. Zusätzlich bietet Ihnen das DZR an, Ihre Rechnung in Teilzahlungen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Erklärung auf der Rückseite.

Selbstverständlich ist das DZR zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet. Die rechnungsbezogenen Daten werden aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.
Ihre Behandlerin, Ihr Behandler

Kontaktdaten für Ihre Fragen:

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Ein Unternehmen der Dr. Güldener Firmengruppe

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

www.dzr.de