

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.  
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

Elternteil\*\*  Betreuer/-in  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 Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung 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 allen Behandlungen 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, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter 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 unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz 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 GmbH  
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Zahnarztpraxis Dr. Rehmer

Hofackerstr. 96 / Ecke Sundgaullee  
79110 Freiburg  
+49 (0761) 82 111  
info@zahnarzt-rehmer.de  
www.zahnarzt-rehmer.de

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](http://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