

**Patient**

Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
------	---------	---------------------------

**Versicherter**      Patient ist Versicherter      Patient hat Vertretungsberechtigten

Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer	
Stellung zum Patienten <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatte <input type="checkbox"/> oder		

## Einverständniserklärung Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR), Marienstraße 10, 70178 Stuttgart, Telefon 0711 61947-40, Telefax 0711 61947-50 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 der Behandlung 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 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/ der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine(n) Zahnärztin/ Zahnarzt sowie das 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 dem DZR zu erklären.

Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten. 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 das DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Das DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet das 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 vom DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen das 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 diese Einverständniserklärung. Das DZR wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten. Selbstverständlich ist das DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte des DZR (Datenschutzbeauftragter DZR, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart, E-Mail [datenschutz@dzt.de](mailto:datenschutz@dzt.de)). 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.dzt.de/dsgvo](http://www.dzt.de/dsgvo). Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Datum, Ort, Unterschrift

**X**

-----  
 Unterschrift Patient/-in, bzw. gesetzliche / -r Vertreter/-in\* und gegebenenfalls abweichender Rechnungsempfänger  
 \* Bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen /beschränkt Geschäftsfähigen