

Schön, dass Sie da sind!

Nachname des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
Nachname des Hauptversicherten (falls abweichend)	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon	email	
Zahnarzt	Krankenkasse	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Werbung

Bei Empfehlung: Wer hat unsere Praxis empfohlen?

	JA	NEIN
Leiden Sie an einer Erkrankung oder Allergie? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt es oder tut es weh im Kieferbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal eine Spange getragen? Name/ Adresse des Arztes:	Wann? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Röntgenbilder vom Kopfbereich angefertigt?	Wann? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Unfall im Zahnbereich?	Wann? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten nach EU DSGVO, bis auf Widerruf, ausdrücklich zu.

Die vereinbarten **Termine sind nur für Sie reserviert**. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie den Termin mindestens 24 Stunden davor absagen (bei Termine ab 45 min. Dauer – 2 Tage davor).

Bei versäumten Terminen ohne fristgerechte Absage behalten wir uns vor, einen **Ausfallhonorar in Höhe von bis zu 100€** in Rechnung zu stellen.

Bad Kreuznach, den _____

Unterschrift _____

Einverständniserklärung

**Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder
abweichender Rechnungsempfänger:**

Patient¹

Vorname, Nachname*
Straße, Haus-Nr.*
PLZ, Ort*
Geburtsdatum*

*Pflichtfeld

Bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname, Nachname
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort
Geburtsdatum

per Hand oder digital ausfüllbar

Einverständniserklärung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit a) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und zur Forderungsabtretung, zur Datenweitergabe sowie zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Einwilligung zur Forderungsabtretung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnde Einheit² (siehe Angaben im Stempel) die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG**, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz **ZA AG**) abtritt. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die **ZA AG** ihrerseits diese Forderung an Refinanzierer (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG oder an die UniCredit Bank GmbH) weiter abtritt.

Datenschutzrechtliches Einverständnis

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnde Einheit als ursprünglich datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle, die sich aus meiner Behandlung ergebenden personenbezogenen Daten (v. a. Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum sowie weitere nach den einschlägigen Gebührenordnungen oder nach sonstigen Rechnungslegungsvorschriften erforderliche bzw. auch bei Abrechnungsstreitigkeiten ggf. weitere notwendige Daten wie Befunde, Leistungsziffern und Behandlungstermine/Leistungszeitpunkte) an **ZA AG** zu Abrechnungszwecken weitergeben darf.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die **ZA AG** die von meiner behandelnden Einheit an sie abgetretene Forderungen bzw. die damit zusammenhängenden Daten in grundsätzlich reduzierter Form (Adress- und Stammdaten) zum Zwecke der Refinanzierung an die oben genannten Refinanzierer mit der Folge weitergeben kann, dass in Bezug auf die reduziert weitergegebenen Daten eine weitere datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit der jeweils refinanzierenden Einheit begründet wird.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die verantwortliche Stelle Bonitätsauskünfte bei der SCHUFA Holding AG, Creditreform Boniversum GmbH oder infoscore Consumer Data GmbH einholen kann und dazu meinen Namen, meinen Vornamen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Auskunftstelle übermittelt (Bonitätsabfragen bei Auskunftsteilen).
- Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass meine Daten mithilfe des internen Bonitätsbewertungstools der **ZA AG (ZA:riskmanager)** ggf. automatisiert verarbeitet werden, um zu ermitteln, ob und inwieweit eine Forderung mir gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann (softwarebasierte Bonitätsbewertung).

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- In Kenntnis der Folgen meiner Erklärung entbinde ich meine behandelnde Einheit gegenüber der **ZA AG** sowie mittelbar gegenüber einem der jeweiligen Refinanzierer (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG oder UniCredit Bank GmbH) hinsichtlich meiner im Zusammenhang mit der Behandlung und Abrechnung erhobenen Daten widerruflich von der (zahn-)ärztlichen Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung soll eine Weitergabe bzw. Weiterverarbeitung meiner Daten zu Abrechnungs- und Refinanzierungszwecken ermöglichen. Mir ist bekannt, dass nur für bestimmte Berufsgruppen (Ärzte etc.) und ihre Angestellten strenge gesetzliche bzw. berufsrechtliche und nach § 203 StGB strafrechtlich sanktionierbare Verschwiegenheitspflichten gelten, die infolge der Weitergabe und (Weiter-)Abtretung für die o. g. Refinanzierer bzw. deren handelnden Personen, die meine Daten weiterverarbeiten, nicht mehr gelten müssen.

Freiwilligkeit und Folgenlosigkeit der Nichterteilung des Einverständnisses sowie Widerruflichkeit

Das Einverständnis ist freiwillig, insbesondere darf die behandelnde Einheit die Behandlung nicht von der Erteilung der vorstehenden Einverständniserklärungen abhängig machen bzw. gemacht haben und mich auch keinen Nachteilen bei der Behandlung aussetzen, wenn ich mein Einverständnis nicht erteile.

Die Einverständniserklärung kann für zukünftige Behandlungen ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Für die laufende Behandlung ist der Widerruf nur solange möglich, wie die behandelnde Einheit die Daten noch nicht an die **ZA AG** weitergeleitet hat. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird vom Widerruf des Einverständnisses nicht berührt.

Betroffenen stehen ferner die weiteren in den beigefügten Informationen nach Art. 14 DSGVO dargestellten Rechte zu.

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die beigefügte Information nach Art. 14 DSGVO erhalten habe, das Einverständnis freiwillig und in Kenntnis der Widerruflichkeit erteile.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift Patient

ggf. Unterschrift gesetzlicher Vertreter*

*Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Erklärung und Unterschrift berechtigt zu sein.

1 Selbst wenn in diesem Text nur die männliche Form Verwendung findet, sind alle Geschlechter gleichermaßen gemeint

2 Der Begriff „behandelnde Einheit“ ist unabhängig von der Rechts- und Organisationsform (z. B. Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft bzw. einzelner behandelnder (Zahn-)Arzt, medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), [(Tages-)klinik]) zu verstehen.