

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name	geboren am
Vorname	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

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

Name	
Vorname	geboren am
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	

* Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Einwilligung zur Abtretung

Ich erkläre mich einverstanden:

- mit der Abtretung der sich aus meiner Behandlung in der Praxis ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (ZA AG);
- mit der Weiterabtretung der Forderungen durch die ZA AG an das refinanzierende Institut Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf.

Ich bin mir dessen bewusst, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der ZA AG zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Zahnarzt ggf. als Zeuge vernommen werden kann.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenübermittlung

Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung sowie für die Einholung von Bonitätsauskünften erforderlich ist.

- Insoweit erkläre ich mich mit der Weitergabe aller zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Gebührenziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die ZA AG und an das refinanzierende Institut einverstanden.
- Gleichfalls willige ich ein, dass die ZA AG ggf. Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation im Zusammenhang mit der sich aus einer Behand-

lung ergebenden Forderung einholt und dazu meinen Namen, Geburtsdatum und Anschrift an die Kreditschutzorganisation übermittelt.

Des Weiteren willige ich ein, dass die ZA AG im Rahmen von Stichproben im Zusammenhang mit einer Bonitätsanfrage meinen Namen, Geburtsdatum und Adresse sowie den Grund der Forderung an die Kreditschutzorganisation übermittelt. Zu diesem Zweck entbinde ich die ZA AG von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 6 StGB). Diagnosen, Befunde, Gebührenziffern, Facharztbezeichnungen u.ä. werden nicht weitergegeben.

Hinweis zum Datenschutz

Die an die ZA AG übermittelten persönlichen und behandlungsbezogenen Daten werden von der ZA AG – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt zum Zwecke der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.

Bestätigung

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung auch für zukünftige Behandlungen gilt und vor jeder neuen Behandlung widerrufen werden kann.

Ich bestätige, eine Durchschrift dieser Erklärung erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Praxisstempel

* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name	geboren am
Vorname	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Einverständniserklärung (Duplikat für den Patienten)

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

Name	
Vorname	geboren am
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	

* Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Einwilligung zur Abtretung

Ich erkläre mich einverstanden:

- mit der Abtretung der sich aus meiner Behandlung in der Praxis ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (ZA AG);
- mit der Weiterabtretung der Forderungen durch die ZA AG an das refinanzierende Institut Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G., Düsseldorf.

Ich bin mir dessen bewusst, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der ZA AG zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Zahnarzt ggf. als Zeuge vernommen werden kann.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenübermittlung

Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung sowie für die Einholung von Bonitätsauskünften erforderlich ist.

- Insoweit erkläre ich mich mit der Weitergabe aller zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Gebührenziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die ZA AG und an das refinanzierende Institut einverstanden.
- Gleichfalls willige ich ein, dass die ZA AG ggf. Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation im Zusammenhang mit der sich aus einer Behand-

lung ergebenden Forderung einholt und dazu meinen Namen, Geburtsdatum und Anschrift an die Kreditschutzorganisation übermittelt.

Des Weiteren willige ich ein, dass die ZA AG im Rahmen von Stichproben im Zusammenhang mit einer Bonitätsanfrage meinen Namen, Geburtsdatum und Adresse sowie den Grund der Forderung an die Kreditschutzorganisation übermittelt. Zu diesem Zweck entbinde ich die ZA AG von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 6 StGB). Diagnosen, Befunde, Gebührenziffern, Facharztbezeichnungen u.ä. werden nicht weitergegeben.

Hinweis zum Datenschutz

Die an die ZA AG übermittelten persönlichen und behandlungsbezogenen Daten werden von der ZA AG – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt zum Zwecke der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.

Bestätigung

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung auch für zukünftige Behandlungen gilt und vor jeder neuen Behandlung widerrufen werden kann.

Ich bestätige, eine Durchschrift dieser Erklärung erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Praxisstempel

* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.

Sehr verehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung zu haben, beabsichtige ich, die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG mit der Abrechnung und Einziehung der Forderung zu beauftragen.

Diese Abrechnungsgesellschaft gewährleistet eine gewissenhafte Bearbeitung der von mir vorgegebenen Rechnungen, gibt Ihnen fundiert die nötigen Auskünfte und unterstützt Sie bei Erstattungsproblemen.

Für Sie, sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient, entstehen dadurch keinerlei Mehrkosten.

Ihre Patientendaten unterliegen jedoch der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nur mit Ihrer Zustimmung an diese Abrechnungsgesellschaft weitergegeben werden.

Ich bitte Sie daher höflich um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung und danke Ihnen für Ihr Verständnis.

Ihr Zahnarzt

Informationen zur Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Ihr Behandler beabsichtigt, die extrem zeitaufwändige Rechnungsverwaltung durch uns, die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG, durchführen zu lassen. Dadurch hat er **mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung**. Ihnen entstehen hierdurch **keine zusätzlichen Kosten**.

Damit dies ermöglicht wird, benötigt er Ihr Einverständnis, die Ihre Person und Ihre Behandlung betreffenden Daten an uns zu übermitteln. Der Umfang dieser Datenübermittlung ist in der Einverständniserklärung, die das Praxisteam Ihnen zur Unterschrift vorgelegt hat, genau aufgeführt. Wir versichern, dass wir darüber hinaus keinerlei personenbezogene Daten an Dritte übermitteln oder zu anderen als den angegebenen Zwecken nutzen. Genau wie Ihr Behandler unterliegen auch wir dem Bundesdatenschutz-Gesetz und der ärztlichen Schweigepflicht.

Übrigens, auch Sie profitieren davon, dass wir für Ihren Behandler die komplette Rechnungsverwaltung übernehmen:

- Sie erhalten im Falle eines Falles qualifizierte **Unterstützung bei der Durchsetzung Ihrer Ansprüche** gegenüber Kostenerstattem (wie z.B. Ihrer Beihilfestelle, Ihrer privaten Versicherung).
- Anders als bei den sofort fälligen Zahnarztrechnungen gewähren wir Ihnen ein **kaufmännisches Zahlungsziel von 30 Tagen**
- Sie haben völlig unbürokratisch die Möglichkeit, Ihre Rechnung in **bis zu 48 Monatsraten** zu begleichen. Dabei fällt **keine Bearbeitungsgebühr** an. Darüber hinaus berechnen wir bei einer Laufzeit von bis zu sechs Monaten und einer Mindestrate von 50,- Euro keine Zinsen.

Haben Sie noch Fragen? Unter der Rufnummer 02 11/56 93 – 0 ist unser Serviceteam gerne für Sie da.

Freundliche Grüße aus Düsseldorf

Ihre
**ZA Zahnärztliche
Abrechnungsgesellschaft AG**