EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Patient[1]

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

*Pflichtfeld

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

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 Einheit[2] (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 die **ZA AG** zu Abrechnungszwecken weitergeben darf.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die **ZA AG** die von meiner behandelnden Einheit an sie abgetretenen 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 Auskunftei übermittelt (Bonitätsabfragen bei Auskunfteien).
- 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 Sie auch keinen Nachteilen bei der Behandlung aussetzen, wenn Sie Ihr Einverständnis nicht erteilen.

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.

Praxisstempel

Ort, Datum

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.

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG
Werftstraße 21, D-40549 Düsseldorf