

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Einverständniserklärung

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

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Titel, Vorname, Nachname

geboren am

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

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 Behandlung 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

Praxisstempel

Informationen zur Einverständniserklärung

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

Ihr Behandler lässt die extrem zeitaufwändige Rechnungsverwaltung durch uns, die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (kurz: „ZA AG“) durchführen. Dadurch hat er mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung. Ihnen entstehen hierdurch keine zusätzlichen Kosten. Damit wir unsere Services für Sie rechtswirksam erbringen können, benötigen wir Ihr Einverständnis zu diesem Vorgehen.

Wir sind ein Factoringunternehmen, das Honorarforderungen von Zahnärzten ankauft. Unsere Leistung „Forderungskauf“ umfasst vereinbarungsgemäß auch den Schutz der angekauften Forderung vor Ausfall. Mit diesem Forderungskauf durch uns geht das Ausfallrisiko von Ihrem Zahnarzt auf uns als neuen Forderungsinhaber über.

Damit wir unsere Services kostengünstig darstellen können, müssen wir das mit dem Forderungskauf verbundene Risiko begrenzen. Daher holen wir unter Umständen Auskünfte über Sie ein. Die Legitimation ergibt sich aus den §§ 28, 29 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Es handelt sich insofern um unser sogenanntes berechtigtes Interesse, die Zahlungswahrscheinlichkeit vor dem Ankauf der Forderung zu beurteilen.

Übrigens:

- Die ZA AG erhält keine „Vollauskunft“, sondern lediglich Informationen zu so genannten Negativmerkmalen; die Anfrage selbst stellt kein Negativmerkmal dar.
- Nur Sie selbst können 12 Monate lang nachvollziehen, wer über Sie eine Auskunft eingeholt hat. Andere Vertragspartner erhalten diese Information nicht.
- Sie haben völlig unbürokratisch die Möglichkeit, Ihre Rechnung ohne Vorlage von Einkommensnachweisen o.ä. in angenehmen Monatsraten zu begleichen. Eine Bearbeitungsgebühr fällt nicht an.
- Unsere GOZ-Experten unterstützen Sie gern bei der Durchsetzung Ihrer berechtigten Ansprüche gegenüber Ihrer Versicherung und/oder Ihrer Beihilfestelle.

Ihnen entstehen also durch Ihr Einverständnis keine Nachteile. Im Gegenteil: Sie erhalten dadurch Zugriff auf unsere Services und profitieren davon.

Haben Sie noch Fragen? Unter der Rufnummer 0211 5693 -0 ist unser Serviceteam gerne für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
**ZA Zahnärztliche
Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG**