

# Einverständniserklärung

Lieber Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
Marienstraße 10 . 70178 Stuttgart  
Telefon +49 (0) 711 99373-4000  
Fax +49 (0) 711 99373-4030  
info.stgt@dzt.de

DZR gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenhang mit DZR zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der folgenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei DZR und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: <https://www.dzt.de/datenschutz>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärung sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.

## Persönliche Angaben Patient:in

.....  
Name, Vorname

Geburtsdatum

.....  
Straße, Nr.

PLZ, Ort

## Gesetzliche:r Vertreter:in bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

.....  
Name, Vorname

Geburtsdatum

.....  
Straße, Nr.

PLZ, Ort

## Behandler:in (Praxisstempel)

.....

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandelnden bei DZR bezüglich der Abrechnung über DZR, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch DZR (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des/der Patienten:in/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR,
- Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an DZR und ggf. an die refinanzierende Bank,
- befristeten Nutzung meiner Daten durch DZR zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass DZR die Leistungen meines/meiner Behandlers:in mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der/die Behandler:in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge:in gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

**Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.**

- Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

**Bitte durch Ankreuzen bestätigen.**

### **Schweigepflichtentbindung**

Ich entbinde meine:n Behandler:in, der/die Vertreter:in und DZR in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von Ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift