

# Einverständniserklärung für Patient

Patient: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_,

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

## gesetzlicher Vertreter/in:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_,

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Stellung zum Patienten: Vater \_\_\_\_, Mutter \_\_\_\_, oder \_\_\_\_\_

Liebe Patienten,  
da wir uns ausschließlich auf die Behandlung konzentrieren wollen, haben wir dem FRH (Freies Rechenzentrum Heilberufe; Niederlassung der DZR GmbH Stuttgart) das Rechnungs- und Mahnwesen übertragen. Da wir schweigepflichtrelevante Daten weitergeben und unsere Forderungen an das FRH abtreten, ist hierfür Ihr Einverständnis erforderlich. Da es für uns eine erhebliche Verwaltungsentlastung bedeutet, bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr Praxisteam der zahnärztlichen Privatpraxis Jochen Plate

.....  
Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das FRH die Leistungen des Zahnarztes Jochen Plate für den o.g. Patienten im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann Herr Zahnarzt Jochen Plate in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde Herrn Zahnarzt Jochen Plate und die Mitarbeiter seiner Praxis von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich wünsche keine Kopie dieser Einverständniserklärung.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

## Ich erkläre mich weiter einverstanden mit der

- Weitergabe dieses Formulars sowie der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkarte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an das FRH Freies Rechenzentrum Heilberufe, Stuttgart, und der dort vorzunehmenden Speicherung dieser Daten. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß §33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an das FRH.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch das FRH an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf.

Kontaktdaten für Ihre Fragen:



Marienstraße 12, 70178 Stuttgart  
Telefon 0711 36511-200  
Telefax 0711 36511-201

Wuppertal, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters