



Diese Vorlage wird von Athena bereitgestellt und kann nicht bearbeitet werden.

Vorschau für:

DZR-Einverständniserklärung

Die Vorschau dient der Orientierung und weicht möglicherweise von der Darstellung des Dokuments ab.

ZME

ZAHN | MEDIZIN | ERWITTE

PRAXIS DR.BAEZ

Brauchen Sie Hilfe?

Dokument für:

Name: {{patient_titel}} {{patient_vorname}} {{patient_nachname}}

Anschrift: {{patient_anschrift}}

Geburtsdatum: {{patient_geburtsdatum}}

Sind Ihre persönlichen Daten vollständig und korrekt?

☐

Ja

☐

Nein

Ich habe einen gesetzlichen Vertreter/eine gesetzliche Vertreterin (bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen)

☐

Ja

☐

Nein

Einverständniserklärung



Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Erwite, den
{{datum_heute}}

Unterschrift

Hier klicken zum Unterschreiben.

*Unterschrift Patient/-in bzw.
gesetzl. Vertreter/-in* und ggf.*

Praxisstempel
Zahn-Medizin-Erwitte
(ZME) Praxis Dr.
Baez, M. Sc.
Hellweg 36
59597,
{{praxis_stadt}}
+49 2943 49616

*abweichende/-r
Rechnungsempfänger/-in*

** bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen*



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung an der vorgesehenen Stelle. DZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser

Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter www.dzr.de/dsgvo.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptsitz Stuttgart

Marienstraße 10
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Niederlassung Neuss

Hermann-Klammt-Straße 7
41460 Neuss
Telefon 02131 77685-5000
Telefax 02131 77685-5030

Hanseatische Niederlassung

Heidenkampsweg 51
20097 Hamburg
Telefon 040 8090307-5050
Telefax 040 8090307-5070

Niederlassung FRH

Marienstraße 12
70178 Stuttgart
Telefon 0711 99373-4000
Telefax 0711 99373-4030

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail:
datenschutz@dzr.de | www.dzr.de

[Datenschutzerklärung](#) | [Impressum](#) | Kundenservice: 04352 © 2026

9171-76 oder athena@dampsoft.de

Dampsoft

GmbH