

Name, Vorname, Anschrift des/der Versicherten**

geboren am**

****Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen****Liebe 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:

APZ | ALPHAZAHN GbR

Ostring 6, 76313 Karlsruhe

Telefon: +49 (0)721 90986500

E-Mail: info@apz-alphazahn.de

APZ | ALPHAZAHN gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. APZ | ALPHAZAHN ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung.

Einverständniserklärung*

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit APZ | ALPHAZAHN zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der unten- und nebenstehenden Erklärungen. Selbstverständlich ist APZ | ALPHAZAHN (u.a. gemäß Datenschutzgrundverordnung EU-DSGVO) zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Wohnort

Stellung zum Patienten:

Vater ☐ Mutter ☐ Sonstige ☐

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe zum Zwecke der Abrechnung erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten) an die APZ | ALPHAZAHN GbR, Ostring 6, 76313 Karlsruhe.

Mir ist bekannt, dass ich die Weitergabe meiner persönlichen Daten jederzeit schriftlich, per Email an info@apz-alphazahn.de.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung der Privatleistungen und der Mehrkostenvereinbarung erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Name, Vorname, Anschrift des/der Versicherten**

geboren am**

****Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen****Liebe 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:

APZ | ALPHAZAHN GbR

Ostring 6, 76313 Karlsruhe

Telefon: +49 (0)721 90986500

E-Mail: info@apz-alphazahn.de

APZ | ALPHAZAHN gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. APZ | ALPHAZAHN ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung.

Einverständniserklärung*

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit APZ | ALPHAZAHN zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der unten- und nebenstehenden Erklärungen. Selbstverständlich ist APZ | ALPHAZAHN (u.a. gemäß Datenschutzgrundverordnung EU-DSGVO) zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Wohnort

Stellung zum Patienten:

Vater ☐ Mutter ☐ Sonstige ☐

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe zum Zwecke der Abrechnung erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten) an die APZ | ALPHAZAHN GbR, Ostring 6, 76313 Karlsruhe.

Mir ist bekannt, dass ich die Weitergabe meiner persönlichen Daten jederzeit schriftlich, per Email an info@apz-alphazahn.de.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung der Privatleistungen und der Mehrkostenvereinbarung erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel