



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

**APZ | ALPHAZAHN GbR, Ostring 6, 76131 Karlsruhe,
Telefon: 07243 – 36192 - 0, E-Mail: info@apz-alpha Zahn.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.

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

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-DSVGO) 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, 76131 Karlsruhe.**

Mir ist bekannt, dass ich die Weitergabe meiner persönlichen Daten jederzeit schriftlich, per Email an info@apz-alpha Zahn.de oder Fax an 07243 - 36 19 299 widerrufen kann.

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

**APZ | ALPHAZAHN GbR, Ostring 6, 76131 Karlsruhe,
Telefon: 07243 – 36192 - 0, 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.

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

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-DSVGO) 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 Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten) an die **APZ | ALPHAZAHN GbR, Ostring 6, 76131 Karlsruhe.**

Mir ist bekannt, dass ich die Weitergabe meiner persönlichen Daten jederzeit schriftlich, per Email an info@apz-alphazahn.de oder Fax an 07243 - 36 19 299 widerrufen kann.

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