

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

_____	Geburtsdatum
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

Pflichtfeld - per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten

Elternteil\*\*      Betreuer/-in      Ehegattin/-gatte

oder

\*\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

**Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.**

## 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 der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderung durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf, (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir 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/Arzt, 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 zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*  
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

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

**DZR** Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH

Marienstraße 10 | 70182 Stuttgart

Praxisstempel

**Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zeitschrift aus.**

## Liebe Patientin , lieber Patient,

Ihre Praxis möchte die Durchführung Ihrer Abrechnung der DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) übertragen. Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Zu diesem Zweck hat Ihnen Ihre Praxis eine Einverständniserklärung zur Unterzeichnung vorgelegt. Um eine faire und transparente Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu gewährleisten, informiert DZR Sie ergänzend zur Einverständniserklärung über Folgendes:

DZR verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage der Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a, Art. 7 und Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a der Verordnung EU 2016/679 vom 27.04.2016 (EU-Datenschutzgrundverordnung). Die Abrechnung durch DZR ist weder gesetzlich vorgeschrieben noch für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich. Sie dient der Entlastung Ihrer Praxis. Ohne Ihre Einwilligung muss die Praxis die Forderung selbst abrechnen.

Im Rahmen der Abrechnung werden Forderungen Ihrer Praxis von DZR vorfinanziert. DZR bewertet daher, ob ein Ausgleich der Forderung erwartet werden kann. Hierbei wird geprüft, ob weitere Forderungen der DZR beglichen wurden. Ferner fragt DZR gegebenenfalls bei einer Auskunftsteilnehmer unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift an, ob dort zu Ihrer Person Negativinformationen zum Zahlungsverhalten wie z. B. Schuldnerverzeichniseintragungen, Informationen zu (Verbraucher-) Insolvenzverfahren oder Inkassoverfahren gespeichert sind. Anfragen von DZR können bei der Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstraße 11, 41460 Neuss und/oder der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden erfolgen. Die Aufsichtsbehörden verpflichten die Auskunftsteilnehmer, diese Anfragen zu Nachweiszwecken zu protokollieren. Weitere Verarbeitungen der Abfragen von DZR werden von den Auskunftsteilnehmern nicht vorgenommen. Die Informationen gemäß Art. 14 DSGVO zu den Verarbeitungen der Auskunftsteilnehmer finden Sie unter [www.dzr.de/dsgvo](http://www.dzr.de/dsgvo). Sie können auf Wunsch direkt durch Ihre Praxis aufgerufen und ausgedruckt werden. Die Bewertung kann bereits vor der Behandlung erfolgen und bewirken, dass DZR gegenüber Ihrer Praxis die Übernahme der Abrechnung ablehnt. Die Praxis nimmt die Abrechnung dann selbst vor.

Bitte Rückseite beachten

Rechnungsbezogene Daten müssen in der Regel aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorschriften zehn Jahre aufbewahrt werden. DZR wird Ihre personenbezogenen Daten unverzüglich nach Ablauf der vom Gesetzgeber oder Aufsichtsbehörden erlassenen Aufbewahrungspflichten und -fristen löschen, sofern der mit der Verarbeitung verfolgte Zweck erreicht ist.

Sie können von DZR Auskunft verlangen, welche Ihrer personenbezogenen Daten gespeichert werden. Ferner können Sie die Berichtigung falscher personenbezogener Daten sowie die Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung nach den vorgenannten Grundsätzen von DZR fordern. Sofern Sie DZR personenbezogene Daten bereitgestellt haben, können Sie die Übermittlung in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format verlangen.

Falls Sie der Verarbeitung widersprechen wollen oder bei sonstigen Fragen zum Datenschutz können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten von DZR wenden, den Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Datenschutzbeauftragter  
DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
Marienstraße 10  
70178 Stuttgart  
E-Mail [datenschutz@dzt.de](mailto:datenschutz@dzt.de)

Daneben steht Ihnen ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde zu. Die für DZR zuständige Aufsichtsbehörde ist der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart.

## **Ihre DZR**

Dieses Merkblatt wird regelmäßig aktualisiert. Die jeweils aktuelle Fassung stellt Ihnen gerne Ihre Praxis zur Verfügung. Sie ist ferner jederzeit auf der DZR-Homepage ([www.dzt.de/dsgvo](http://www.dzt.de/dsgvo)) im Bereich Datenschutz einsehbar.