

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) an die mediserv Bank GmbH;
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Zahlungsfähigkeit;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv Bank GmbH;
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv Bank GmbH einschließlich Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die mediserv Bank GmbH durch meine/n Zahnärztin/Zahnarzt übermittelten Daten an die Bank 1 Saar, Saarbrücken.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die mediserv Bank GmbH die Leistungen meiner Zahnärztin/meines Zahnarztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine/n Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber der mediserv Bank GmbH sowie gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Ich versichere, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)