

Einverständniserklärung

Praxisstempel

Der / Die Patient /in

E-Mail

Nachname / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

 erklärt Folgendes: ist minderjährig und für ihn/sie erklärt der/die gesetzliche Vertreter/in

Nachname / Vorname

Geburtsdatum

 Vater Mutter Sonstiges: _____

Stellung zum/r Patienten/in

Der / Die hiermit zugleich ausdrücklich versichert, alleinvertretungsberechtigt bzw. von dem / der Mitvertretungsberechtigten hierzu ermächtigt zu sein und willigt ein, dass die Praxis mit ihren Therapeuten zur zweckgebundenen Weitergabe bzw. Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen an die teemfactor GmbH, Tutzing, sowie an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank e.G. berechtigt ist. Dazu gehören insbesondere gesundheitsbezogene rechnungsrelevante Daten aus der Patientenkartei, aus Heil- und Kostenplänen und Untersuchungen, sowie die damit zusammenhängenden personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Labordaten).

Mir ist bekannt, dass die Praxis mit ihren Therapeuten, als auch die teemfactor GmbH, meine personenbezogenen Daten zweckgebunden zur Erfüllung vertraglicher Zwecke verarbeiten. Dies umfasst die rechtsgeschäftliche Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die teemfactor GmbH, sowie gegebenenfalls deren Weiterabtretung zur Refinanzierung an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank e.G. die Rechnungsstellung durch die teemfactor GmbH in eigenem Namen und auf eigene Rechnung; die mögliche Einholung einer Information bei der Kreditschutzorganisation CRIF Bürgel GmbH, München sowie bei der R+V Allgemeine Versicherung AG, Wiesbaden zur Prüfung meiner Bonität sowie die Weitergabe von Abrechnungsdaten an die ARZ.dent GmbH zur Klärung etwaiger Kostenträgerwidersprüche.

Ich wurde zudem darüber informiert, dass eine schuldbefreiende Zahlung infolge der Abtretung nur noch an die teemfactor GmbH erfolgen kann. Ich bin jederzeit berechtigt, sowohl bei der Praxis mit ihren Therapeuten, als auch bei der teemfactor GmbH, Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung im Sinne von Art. 12 ff. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geltend zu machen. Weitere Informationen zu der Datenverarbeitung finden Sie als Beiblatt oder unter www.teemfactor.de/datenschutz.

Zudem entbinde ich die Praxis mit ihren Therapeuten von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die vorstehenden genannten Zwecke erforderlich ist. Die Entbindung gilt auch für weitere Behandlungen. Ich habe das Recht, die Einwilligung jederzeit gegenüber der Praxis schriftlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort / Datum

Unterschrift