

Einverständniserklärung

Patient/in

E-Mail

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Gesetzliche/r Vertreter/in (falls zutreffend)

☐ Vater

☐ Mutter

☐ Sonstige

Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

Ich bestätige, dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin, und willige ein, dass die Praxis mit ihren Therapeuten die zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung ihrer Forderungen aus der Behandlung von Patienten erforderlichen personenbezogenen Patientendaten an die **RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH** („RZH“) übermittelt. Die RZH ein zur Abrechnung von Forderungen aus der Behandlung von Patienten berechtigtes Rechenzentrum.

Zu den zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung von Patienten erforderlichen personenbezogenen Patientendaten gehören insbesondere gesundheitsbezogene, rechnungsrelevante Daten aus der Patientenakte, aus Heil- und Kostenplänen und Untersuchungen sowie die damit zusammenhängenden personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, E-Mail-Adresse, Befunde, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Labordaten).

Mir ist bekannt, dass die Praxis sowie die RZH meine personenbezogenen Daten zur Erfüllung vertraglicher Zwecke verarbeiten. Dies umfasst insbesondere:

- die rechtsgeschäftliche Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die RZH,
- die Rechnungsstellung durch die RZH in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,
- die Weiterabtretung zur Refinanzierung an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG ohne Offenlegung personenbezogener Patientendaten,
- gegebenenfalls die Einholung von Bonitätsauskünften, insbesondere bei der CRIF Bürgel GmbH mit Offenlegung des Namens des Patienten,
- gegebenenfalls die Weitergabe von Abrechnungsdaten an das verbundene Unternehmen ARZ.dent GmbH zur Klärung etwaiger Kostenträgerwidersprüche,
- die Übermittlung der Forderung sowie der hierfür erforderlichen Daten an beauftragte und berechnigte Rechtsdienstleister wie z.B. Anwaltskanzleien zum Zwecke des Forderungseinzugs (Inkasso).

Zudem entbinde ich die Praxis mit ihren Therapeuten von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die vertraglichen Zwecke erforderlich ist. Die Entbindung gilt auch für weitere Behandlungen. Ich wurde darüber informiert, dass eine schuldbeitreitende Zahlung infolge der Abtretung nur noch an die RZH erfolgen kann. Ich wurde auch darüber informiert, dass die RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank e.G. anonymisierte und aggregierte Forderungslisten übermittelt. Diese Listen enthalten jedoch keine Namen, Anschriften, Behandlungs- oder Beratungsdaten oder andere personenbezogene Daten von Patienten.

Ich bin jederzeit berechnigt, sowohl bei der Praxis als auch bei der RZH Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung im Sinne der Art. 12 ff. DSGVO geltend zu machen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finde ich im Internet unter www.rzh.de/datenschutz.

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Praxis zu widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Datum, Ort

Unterschrift

Gesetzliche/r Vertreter/in (falls zutreffend)

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

☐ Väter ☐ Mütter ☐ Sonstige

Sonstige

☐ Mutter

☐	Vater
--------------------------	-------

Kassen-Nr., Versicherten-Nr. und Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr. und Datum

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin, und willige ein, dass die Praxis mit ihren Therapeuten die zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung ihrer Forderungen aus der Behandlung von Patienten erforderlichen personenbezogenen Patientendaten an das **RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH („RZH“)** übermitteln. Die RZH ich zur Abrechnung von Forderungen aus der Behandlung von Patienten berechtigtes Rechenzentrum. **Das RZH zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung von Patienten erforderlichen personenbezogenen Patientendaten gehören insbesondere gesundheitsbezogene, rechnungsrelevante Daten aus der Patientenakte, aus Heil- und Kostenplänen und Untersuchungen sowie die damit zusammenhängenden personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, E-Mail-Adresse, Behandlungsdaten, Leistungsgrößen, Beiträge, Laboraten).**

Mir ist bekannt, dass die Praxis sowie die RZH meine personenbezogenen Daten zur Erfüllung vertraglicher Zwecke verarbeiten. Dies umfasst insbesondere:

- die rechtsgeschäftliche Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die RZH,
- die Rechnungsstellung durch die RZH in eigenem Namen und auf eigene Rechnung,
- die Weiterabtretung zur Refinanzierung an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG ohne Offenlegung personenbezogener Patientendaten,
- gegebenenfalls die Einholung von Bonitätsauskünften, insbesondere bei der CRIF Bürgel GmbH mit Offenlegung des Namens des Patienten,
- gegebenenfalls die Weitergabe von Abrechnungsdaten an das verbundene Unternehmen ARZ.dent GmbH zur Klärung etwaiger Kostenträgerwidersprüche,
- die Übermittlung der Forderung sowie der hierfür erforderlichen Daten an beauftragte und berechnigte Rechtsdienstleister wie z.B. Anwaltskanzleien zum Zwecke des Forderungseinzugs (Inkasso).

Zudem entbinde ich die Praxis mit ihren Therapeuten von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die vertraglichen Zwecke erforderlich ist. Die Entbindung gilt auch für weitere Behandlungen. Ich werde darüber informiert, dass eine schuldbeitragende Zahlung infolge der Abtretung nur noch an die RZH erfolgen kann. Ich wurde auch darüber informiert, dass die RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G. anonymisierte und aggregierte Fordernglisten übermittelt. Diese Listen enthalten jedoch keine Namen, Anschriften, Behandlungs- oder Beratungsdaten oder andere personenbezogene Daten von Patienten. Ich bin jederzeit berechtigt, sowohl bei der Praxis als auch bei der RZH Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung im Sinne der Art. 12 ff. DSGVO geltend zu machen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finde ich im Internet unter www.rzh.de/datenschutz.

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Praxis zu widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Datum. Ort

Unterschrift