

Patient/in

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Praxisstempel

Einverständniserklärung zur Rechnungsstellung Patient

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

Weitergabe der zum Zwecke der Rechnungsstellung und Erbringung der Leistungen im Bereich Buchhaltung und Mahnwesen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an Dentitio Dentale Dienste[®], Inh. Marita Brandes, Elsebachweg 16, 63599 Biebergermünd.

Ich entbinde meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Rechnungsstellung und die Erbringung der Leistungen im Bereich Buchhaltung und Mahnwesen erforderlich ist.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ort / Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in*

* Bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen