

**Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)**

Geburtsdatum

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.

**Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV drucken. Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.**

**Name, first name and address of the patient**

Date of birth

**Mandatory field – fill in by hand or print using EDP. Have your data changed? Please contact us.**

Surname, first name

Date of birth

Street

Postcode, town/city

Relationship to the patient:

Parent\*\*  Guardian  Spouse

or \_\_\_\_\_

\*\* If joint custody has been agreed this declaration of consent will also be submitted on behalf of the other parent.

# 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 ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- » möglichen Einholung einer Information durch ABZ-ZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder ABZ-ZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- » Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an ABZ-ZR.
- » im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch ABZ-ZR an die DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Frankfurt am Main (DZ BANK), wobei mir bewusst ist, dass die DZ BANK in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Praxis erteilten, erforderlichen Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

(bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) 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/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie ABZ-ZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der DZ BANK.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder ABZ-ZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ABZ-ZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

**X** \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Praxisstempel



ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH  
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

# Declaration of consent

I hereby give my consent

- » passing on information, especially data from patient files (name, date of birth, address, results, treatment data and procedures) always required for the billing and assertion of the claims, to the ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR) and the processing of these data to be performed there.
- » the possible gathering of information by ABZ-ZR from a credit agency, in order to check my creditworthiness. Upon request, the practice and/or ABZ-ZR shall disclose the name and address of the credit agency.
- » Assignment of claims to ABZ-ZR arising from all treatments.
- » the reassignment of claims by ABZ-ZR to the DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Frankfurt on the Main (DZ BANK) taking place as part of refinancing, whereby I am aware of the fact that in this context, the DZ BANK could request access to the required information granted by the practice according to the first paragraph.

I have been advised that ABZ-ZR will invoice me, my health insurance fund (if direct settlement has been agreed upon) or the responsible payer (statutory accident insurance / social assistance services) for the services of my practice in its own name, and will assert these claims on its own behalf. Should a difference of opinion arise concerning the justification of the claims, the dentist/physician may be heard as a witness in any legal dispute.

I release my dentist/physician as well as ABZ-ZR from the duty of medical confidentiality, insofar as this is necessary for the billing, checking and assertion of claims; also in favour of DZ BANK.

This consent can be withdrawn at any time – however not retroactively. Such a withdrawal of consent must either be declared to the practice or to ABZ-ZR.

I acknowledged the information overleaf on invoicing and data protection. I have received a copy of this declaration of consent.

\_\_\_\_\_

Place/Date



ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH  
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell

Please deliver a copy to your patients.

**X** \_\_\_\_\_

**Signature of patient or statutory representative\* and any alternative bill recipient**

\*In case of persons who are aged under 18 / incapable of contracting / of limited contractual capability

## Please note

The translation of our declaration of consent into your mother tongue is a voluntary service on our part. As German law applies, we can only process your declaration of consent if you provide us with this on the German original. We would like to thank you for your understanding in this matter.



# Informationen zu Ihrer Rechnung und zum Datenschutz

## Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über ABZ-ZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

ABZ-ZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet ABZ-ZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von ABZ-ZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet Ihnen ABZ-ZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Kontaktdaten von ABZ-ZR und des Datenschutzbeauftragten:



ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum  
für Bayern GmbH  
Oppelner Straße 3  
82194 Gröbenzell  
Telefon 08142 6520-6  
Telefax 08142 6520-892

Datenschutzbeauftragter ABZ-ZR | Oppelner Str. 3 | 82194 Gröbenzell | E-Mail [datenschutz@abz-zr.de](mailto:datenschutz@abz-zr.de)  
[www.abz-zr.de](http://www.abz-zr.de)

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. ABZ-ZR wird Ihre Daten zu den vorgenannten Zwecken auf Grundlage dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist ABZ-ZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von ABZ-ZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter [www.abz-zr.de/dsgvo](http://www.abz-zr.de/dsgvo).

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

# Billing and data protection information

## Dear Patient,

The most important thing for the success of your treatment is that your practice is able to focus on you to 100 percent. In order to have as much time as possible for this, your practice has placed all billing matters in the hands of **ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR)**. Billing via ABZ-ZR is, of course, free of charge for you.

ABZ-ZR guarantees correct processing of the billing information provided by your practice. Thanks to decades of experience in billing, ABZ-ZR relieves your practice of much of the administrative work. The time saved is thus completely put to your benefit.

If you have any questions about billing, please do not hesitate to contact the competent ABZ-ZR team. In particular, the specialists will assist you in asserting your claims for reimbursement against health insurance funds or other payment bodies. In addition, ABZ-ZR offers you to pay your bill in instalments.

Contact data of the ABZ-ZR and the data protection officer:



ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum  
für Bayern GmbH  
Oppelner Straße 3  
82194 Gröbenzell  
Phone 08142 6520-6  
Fax 08142 6520-892

Data protection officer ABZ-ZR | Oppelner Str. 3 | 82194 Gröbenzell | E-Mail [datenschutz@abz-zr.de](mailto:datenschutz@abz-zr.de)  
[www.abz-zr.de](http://www.abz-zr.de)

The law requires that we obtain your written consent to this mode of billing. That is why we kindly ask you to give your consent. For this purpose, please sign the declaration of consent on the front page. ABZ-ZR will process your data for the above-mentioned purposes based on this declaration of consent.

Of course, ABZ-ZR is legally committed to confidentiality. This is overseen by the ABZ-ZR data protection officer. For further information on data protection and your rights, refer to the leaflet "Information on data protection," which your practice will gladly provide, or refer to [www.abz-zr.de/dsgvo](http://www.abz-zr.de/dsgvo).

Thank you very much for your trust.

