



Liebe Patientin, lieber Patient,
der Aufwand für Verwaltung und Organisation in unserer Praxis wird von Jahr zu Jahr größer. Um uns voll auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren zu können, haben wir daher die Abrechnung einem kompetenten Partner übertragen:

ZAHNRAD
Madlen Perschel
Villastraße 11/6
74399 Walheim

Zahnrad gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Sie ist zugleich auch freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit Zahnrad zu ermöglichen, benötigen wir Ihr Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Einverständniserklärung.

Selbstverständlich ist Zahnrad (gemäß der Datenschutzgrundverordnung) zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet. Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderliche Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an Zahnrad, Villastraße 11/6, 74399 Walheim

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen bzw. bis zu Ihrem schriftlichen Widerruf. Ich wurde darüber informiert, dass Zahnrad die Abrechnung der Leistungen meines Arztes/Zahnarztes mir gegenüber durchführen wird.

Ich entbinde den Praxisinhaber/in von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit dies für die zahnärztliche Abrechnung erforderlich ist.

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

ggf. Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter) _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ort, Datum, Unterschrift _____



DIE ZAHNÄRZTE ZAHNRAD

Dr. Stefanie Reuter-Großhellefeld, Dr. Ingrid Reuter

Fürstbischhof-Rudolf-Straße 10 | 65385 Rüd. Klein am Rhein
Telefon 06722-7503535 | www.die-zahnärzte-zahnrad.de

Praxisstempel