

NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN

GEB. AM

VERSICHERUNGS-NR.

DATUM



büdingendent

EINWILLIGUNG ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG

PRAXISDATEN

PATIENTENDATEN / DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte nur ausfüllen, wenn nicht bereits im obigen Feld eingedruckt.

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

KRANKENKASSE / KOSTENTRÄGER

GESETZLICHER VERTRETER

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

PATIENTENEINWILLIGUNG

Ich erkläre mich einverstanden mit der Datenweitergabe unter den in der Patienteninformation genannten Bedingungen sowie mit der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH - Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung.

Ich entbinde meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich nach Unterzeichnung erhalten. Die Patienteninformation wurde mir vor Unterzeichnung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen, verstanden und bestätige den Erhalt mit meiner Unterschrift.

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN / UNTERSCHRIFT DES GESETZLICHEN VERTRETERS*

*Ist bei Minderjährigen nur die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten vorhanden, so sichert dieser ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des zweiten Erziehungsberechtigten ebenfalls vorliegt.

BÜDINGEN DENT

Ärztliche Verrechnungsstelle
Büdingen GmbH
Gymnasiumstraße 18-20
63654 Büdingen

T 06042 882-335
F 06042 882-260
service@buedingen-dent.de
www.buedingen-dent.de

Einwilligung Dent
PE Bo_BoSch
Rev 8.1B

PATIENTENINFORMATION ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG



büdingendent

Guten Tag,

die **Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH - Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung** (Büdingen Dent), Gymnasiumstraße 18-20, 63654 Büdingen, übernimmt die Erstellung der Honorarabrechnung und den Einzug der Forderung. Hierzu benötigen wir auf der beiliegenden Patienteneinwilligung Ihre schriftliche Zustimmung.

Die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH ist ein Dienstleister für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte. Sie steht unter ärztlicher Gesamtleitung und unterliegt den Bestimmungen der Schweigepflicht sowie des Datenschutzes.

Büdingen Dent gewährleistet die korrekte Abrechnung des Honorars und erteilt Ihnen gerne alle gewünschten Auskünfte im Zusammenhang mit der Rechnung. Bei Erstattungsproblemen unterstützt Sie Büdingen Dent gegenüber Ihrer Krankenkasse, Versicherung oder anderen Kostenträgern.

INFORMATIONEN ZU IHREN DATEN IM ÜBERBLICK:

DATEN.

Alle Patientendaten, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe.

ZWECK.

Die Verarbeitung Ihrer Daten dient zur Erstellung der Honorarabrechnung. Dies umfasst die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung sowie den Druck und Versand.

KATEGORIEN VON EMPFÄNGERN.

- Auftragsverarbeiter (z. B. Provider von IT-Tools, z. B. PADline GmbH und DATEV eg)
- Bonitätsdienstleister (z. B. Creditreform Boniversum GmbH, SCHUFA Holding AG)
- Körperschaften des öffentlichen Rechts (z. B. Berufsgenossenschaften)

BONITÄTSAUSKUNFT.

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f EU-DS-GVO notwendig ist, fragen wir bei Bonitätsdienstleistern Informationen zur Beurteilung des allgemeinen Zahlungsverhaltens des Patienten ab. Dazu arbeiten wir mit der Creditreform Boniversum GmbH und der SCHUFA Holding AG zusammen. Die Informationen gem. Art. 14 der EU-DS-GVO über die dortige Datenverarbeitung finden Sie auf den Webseiten www.boniversum.de/eu-dsgvo und www.schufa.de/global/datenschutz-dsgvo.

RECHTSGRUNDLAGE.

Zur Verarbeitung Ihrer Daten ist Ihre Einwilligung erforderlich.

BESCHWERDERECHT.

Dieses Recht steht Ihnen zu und kann über die zuständige Aufsichtsbehörde geltend gemacht werden.

BETROFFENENRECHTE.

Sie haben ein Recht auf Auskunft gegenüber dem Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie das Recht auf Berichtigung, Löschung und auf Einschränkung der Verarbeitung. Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

DATENLÖSCHUNG.

Die gesetzliche Aufbewahrungsfrist beträgt ab Rechnungsdatum (inkl. Korrespondenz) zehn Jahre. Die Datenlöschung erfolgt nach Ablauf dieser Frist automatisch.

FREIWILLIGKEIT/WIDERRUFSRECHT.

Die Einwilligung ist nur rechtskonform, wenn diese freiwillig erteilt wurde. Die Behandlung ist unabhängig von Ihrer Einwilligung zur externen Abrechnung. Ihre Einwilligung ist mit sofortiger Wirkung widerrufbar. Auch können einzelne Behandlungsfälle davon ausgenommen werden.

DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER.

Haben Sie Fragen über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten? Gerne steht Ihnen der externe Datenschutzbeauftragte der Ärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen GmbH zur Verfügung.

Kontakt: Matthias Schütz, Audatis Consulting GmbH, Georg-Hermann-Allee 98, 14469 Potsdam, Telefon: 05221 8729210, E-Mail: datenschutz-buedingen-holding@audatis.de

AUFSICHTSBEHÖRDE.

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden, poststelle@datenschutz-hessen.de

WIR DANKEN FÜR IHR VERTRAUEN!

BÜDINGEN DENT

Ärztliche Verrechnungsstelle
Büdingen GmbH
Gymnasiumstraße 18-20
63654 Büdingen

T 06042 882-335
F 06042 882-260
service@buedingen-dent.de
www.buedingen-dent.de

Einwilligung Dent
Bo, BoSch
Rev 8.5