

Angaben Patient

*Borchers, Wilfried*  
 Name, Vorname

*05.05.1962*  
 Geburtsdatum

*Immermannstr. 13*  
 Straße

*22859 Norderstedt*  
 PLZ, Ort

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in\*

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Straße

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:  
 Vater  Mutter  oder \_\_\_\_\_

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

## Einverständniserklärung

**Ich erkläre mich einverstanden mit der**

- Weitergabe dieses Formulars sowie der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die HZA Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs- und Service-Gesellschaft mbH und der dort vorzunehmenden Speicherung dieser Daten. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die HZA.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch die HZA an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die HZA die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

07.10 - IV / 20.000

*Wilfried Borchers*

Ort/Datum:

*[Signature]*

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in\*  
\*Bei Personen unter 18 Jahren, Geschäftsunfähigen, beschränkt Geschäftsfähigen

**HZA** Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs- und Service-Gesellschaft mbH  
 HZA Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs- und Service-Gesellschaft mbH  
 Heidenkampsweg 51, 20097 Hamburg

Praxisbergell  
**S. Bergmann**  
 Zahnarzt  
 Segeberger Chaussee 166a  
 22851 Norderstedt  
 Telefon 040 / 524 15 84  
 Fax 040 / 523 50 4 70

Zweitschrift für Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in