

## Patient

Vorname, Nachname*
Straße, Haus-Nr.*
PLZ, Ort*
Geburtsort, Datum*
Staatsangehörigkeit*

\*Pflichtfeld

## Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

**oder abweichender Rechnungsempfänger:** Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname, Nachname
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort
Geburtsort, Datum

per Hand oder digital ausfüllbar

## Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die **ZA** Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz **ZA AG**) abtritt
- und dass die **ZA AG** diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

## Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührenziffern, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die **ZA AG** einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die **ZA AG** forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der **ZA AG** zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die **ZA AG** Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

## Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der **ZA AG** zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die **ZA AG** weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Praxisstempel

**Hinweis:** Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.

### Patient

Vorname, Nachname*
Straße, Haus-Nr.*
PLZ, Ort*
Geburtsort, Datum*
Staatsangehörigkeit*

\*Pflichtfeld

### Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

**oder abweichender Rechnungsempfänger:** Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname, Nachname
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort
Geburtsort, Datum

per Hand oder digital ausfüllbar

### Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die **ZA** Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Wertstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz **ZA AG**) abtritt
- und dass die **ZA AG** diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

### Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührenziffern, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die **ZA AG** einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die **ZA AG** forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der **ZA AG** zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die **ZA AG** Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

### Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der **ZA AG** zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die **ZA AG** weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Praxisstempel

**Hinweis:** Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin (im Folgenden: Zahnarzt) arbeitet mit uns, der **ZA** Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (kurz **ZA AG**) zusammen. Informationen zu uns erhalten Sie im Internet unter [www.die-za.de](http://www.die-za.de) oder direkt von uns:

**ZA** Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG  
Werftstr. 21  
40549 Düsseldorf  
Telefon: 0211 56 93 - 0  
E-Mail: [info@zaag.de](mailto:info@zaag.de)

Unser Datenschutzbeauftragter:  
Rechtsanwalt Prof. Dr. Ulf Vormbrock  
Fritz-Vomfelde-Str. 34  
40547 Düsseldorf  
E-Mail: [datenschutz@zaag.de](mailto:datenschutz@zaag.de)

Damit wir für Ihren Zahnarzt tätig werden können, benötigen wir Ihr freiwilliges Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Wenn Sie keine Abrechnung über uns wünschen, teilen Sie Ihrem Zahnarzt dies bitte sogleich mit. In diesem Fall wird er sein Honorar selbst abrechnen.

Sie können Ihre Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen. In diesem Fall rechnet Ihr Zahnarzt seine Leistungen ebenso direkt mit Ihnen ab. Bei der aktuellen Behandlung ist ein Widerruf Ihrer Einverständniserklärung solange möglich, wie Ihr Arzt uns Ihre Behandlungsdaten noch nicht übermittelt hat.

Ihr Zahnarzt erhebt personenbezogene Daten und speichert diese in seinem EDV-System. Hierbei handelt es sich um Daten, die für eine Kommunikation mit Ihnen notwendig sind (Name, Adresse, Telefon, E-Mail etc.). Des Weiteren speichert Ihr Zahnarzt Daten, die sich auf Ihre Person (Geschlecht, Alter etc.), auf die Behandlung und die durchgeführten ärztlichen Maßnahmen (Behandlungsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO) beziehen. Dies ist wichtig, da Ihr Zahnarzt nur so seine Tätigkeiten nach der gesetzlichen Gebührenordnung korrekt abrechnen kann. Als Abrechnungsstelle erhalten wir von Ihrem Zahnarzt Ihren Namen, Ihre Adresse und eine Darstellung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und Labordaten. Diagnosen werden nur übermittelt, wenn dies im Rahmen von Erstattungs-Bestandungen seitens Kostenträger erforderlich ist, z. B. um die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung zu erläutern.

Wir finanzieren unsere Leistungen durch eine Abtretung sämtlicher Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). Personenbezogene Daten werden hierbei jedoch nicht an die apoBank weitergeleitet.

Wir zahlen nach der Behandlung unmittelbar an Ihren Zahnarzt und möchten uns daher absichern. Aus diesem Grund holen wir vor der Behandlung Bonitätsauskünfte über Sie bei Kredit-schutzorganisationen ein, wenn Sie uns hierfür Ihr Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO erteilen. In diesem Fall übermitteln wir Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift an die Kreditschutzorganisation. Wenn Sie dies jedoch nicht möchten, sprechen Sie bitte Ihren Zahnarzt direkt an. Er wird dann seine Leistungen selbst abrechnen.

Ihre Daten werden für eine Zeit von bis zu 10 Jahren gespeichert, da diese Daten als Bestandteil unserer Buchhaltung aufbewahrungspflichtig sind. Sie können verlangen, dass wir Ihnen bezüglich Ihrer Daten umfassend Auskunft erteilen. Ferner sind Sie berechtigt, von uns zu verlangen, dass Ihre Daten berichtigt, gesperrt, gelöscht und/oder übertragen werden. Es gelten die Art. 15 ff. DSGVO. Darüber hinaus arbeiten wir intern mit einem softwarebasierten Bonitätstool (**ZA**:riskmanager). Dieses ermittelt aufgrund von personenbezogenen Daten automatisiert eine Einschätzung, ob und inwieweit eine Forderung Ihnen gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann. Auch hierfür bitten wir Sie um Ihr Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzbeauftragten des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Nordrhein-Westfalen Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf  
Telefon: 0211 38 424 - 0  
Fax: 0211 38 424 - 999  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

## Besondere Hinweise bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erhebt Ihr Zahnarzt sowohl die von ihm benötigten personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum) des Kindes/Jugendlichen als auch die personenbezogenen Daten der gesetzlichen Vertreter. Soweit diese Daten zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen erforderlich sind, leitet Ihr Zahnarzt diese an uns weiter. Wir speichern die übermittelten Daten zu Zwecken der Abrechnung; wir verwenden sie auch zur Ermittlung des Ausfallrisikos und leiten die Daten der gesetzlichen Vertreter vor der Behandlung an die Kreditschutzorganisationen weiter. Wenn Sie das nicht möchten, teilen Sie dies Ihrem Zahnarzt bitte sogleich mit. Er rechnet dann direkt mit Ihnen ab.

Mit besten Grüßen

Ihre **ZA** Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG