

Name, Vorname des Patienten geboren am

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters geboren am

KV-Nummer/Versicherungsnummer der DKV

Praxisstempel

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Vereinfachung der Verwaltung und Organisation in unserer Praxis und zu Ihrer Entlastung besteht die Möglichkeit:

- für Sie nach Erstellung der Behandlungsplanung direkt bei Ihrer privaten Krankenversicherung, der **DKV Deutsche Krankenversicherung AG**, 50933 Köln, Aachener Str. 300 (DKV), eine **Kostenerstattungszusage** im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes einzuholen.
- die Rechnungen, zu denen für Sie kein Eigenanteil verbleibt, **direkt mit der DKV abzurechnen**. Sie erhalten in diesem Fall von der DKV eine Kopie der Leistungsabrechnung als Nachweis für Ihre Unterlagen.

Auftretende Fragen könnten wir direkt für Sie mit Ihrer privaten Krankenversicherung klären.

Hierfür ist es erforderlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten – insbesondere auch Gesundheitsdaten – an die DKV übermitteln und im Gegenzug Informationen über Ihren Versicherungsschutz erheben. Ihre personenbezogenen Daten werden nur zu den eingangs genannten Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt. Eine Übermittlung an außenstehende Personen oder Stellen erfolgt nicht. Wenn Sie an den vorgenannten Verfahren teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die nachfolgende Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterzeichnen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zu diesem Zwecken willige ich ein, dass meine Zahnarztpraxis personenbezogene Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten (z. B. die für mich erstellten Heil- und Kostenpläne, weitere personenbezogene Daten aus der Patientenakte), direkt an die DKV übermittelt, soweit dies zur Durchführung des Verfahrens der Einholung einer Kostenerstattungszusage und/oder Direktabrechnung erforderlich ist. Weiter willige ich ein, dass meine Zahnarztpraxis – soweit erforderlich – personenbezogene Daten über die Leistungsinhalte (Tarifbedingungen) meines Zahnversicherungsschutzes erhebt. Ich willige auch ein, dass meine private Krankenversicherung und meine Zahnarztpraxis die entsprechenden personenbezogenen Daten – auch Gesundheitsdaten – verarbeiten und nutzen darf, soweit dies für die nachfolgend angekreuzten Verfahren erforderlich ist.

Zu diesen Zwecken entbinde ich sowohl meinen Zahnarzt und die Mitarbeiter seiner Zahnarztpraxis als auch die für die DKV tätigen Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht.

Ich weiß, dass ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben muss. Diese Entscheidung ist freiwillig. Aber das wäre mit Konsequenzen verbunden: Wenn ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben möchte, können Sie keinen direkten Kontakt mit meinem privaten Krankenversicherer zum Verfahren der Einholung einer Kostenerstattungszusage und der Direktabrechnung aufnehmen. Mir ist bekannt, dass ich über meine personenbezogenen Daten selektiv verfügen kann. Daher ist auch die Streichung einzelner Passagen der obigen Einwilligungserklärung möglich. Mir ist jedoch auch bekannt, dass dann das Verfahren nicht mehr in vollem Umfang oder gar nicht mehr durchgeführt werden kann.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber meiner Zahnarztpraxis widerrufen kann. Ein Widerruf betrifft nicht die Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Verfahren der Einholung einer Kostenerstattungszusage und der Direktabrechnung ausreichend informiert wurde und diesen zustimme. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit ganz oder teilweise, von mir schriftlich widerrufen werden.

Der Widerruf bleibt ohne Einfluss auf den eigentlichen Behandlungsvertrag. Dieser ist auch dann wirksam, wenn diese Erklärung nicht unterschrieben oder später von mir widerrufen wird.

Ja, ich bitte meine Zahnarztpraxis (Praxisstempel) nach Erstellung der Behandlungsplanung für mich direkt bei der DKV eine Kostenzusage einzuholen.

Ja, ich bitte meine Zahnarztpraxis (Praxisstempel) die Rechnungen, die vollumfänglich durch meinen Versicherungsschutz abgedeckt sind und aus denen für mich kein Eigenanteil verbleibt, direkt mit der DKV abzurechnen.

Datum, Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter*