

Anmeldung für Privatpatienten

..... Name Rechnungsempfänger/in	 Vorname	 Geburtsdatum
..... Behandelte Person	 Vorname	 Geburtsdatum
..... Mutter des Kindes/Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)	 Vater des Kindes/Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)	 Telefon
..... PLZ/Ort	 Straße/Hausnummer	 Krankenversicherung/Standard-/Basistarif

Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich befreie hiermit meine/n (zahn-)ärztliche/n bzw. therapeutische/n Behandler/in für diese und künftige Behandlungen von dessen/deren beruflicher Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an Medas factoring GmbH, Messerschmittstr. 4, 80992 München, Tel.: 089 143 100 (im Folgenden „Medas“), einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. Medas ist Auftragsverarbeiter nach Art. 28 DSGVO. Der Behandler ist datenschutzrechtlich Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler/innen an Medas zu einer Rechnungsstellung durch Medas.

Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

..... Ort/Datum	 Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des/der Zahlungspflichtigen
..... Unterschrift Mutter des Kindes/Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)	 Unterschrift Vater des Kindes/Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)

