

Gesetzliche/r Vertreter/in

Name und Adresse des Patienten

Geb.Datum

Nachname

Vorname

Geb.datum

Stellung zum Patienten:

Vater

Mutter

oder

## **Liebe Patienten,**

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren und haben uns daher entschieden, die Abrechnung unserer zahnärztlichen Leistungen an einen externen Partner zu übertragen:

### **LAFRENTZ ABRECHNUNGSSERVICE**

Adalperostr. 80 - 85737 Ismaning

Tel: 089/41115332

Fax: 089 / 54 85 82 27

Mail: info@dental-lafrentz.de

LAFRENTZ  
ABRECHNUNGSSERVICE  
gewährleistet die Bearbeitung Ihrer Rechnungen, die Abrechnung mit den Krankenkassen und ggf. die Übermittlung Ihrer Rechnung(-en) an ein Factoringunternehmen. Zusätzlich bietet LAFRENTZ ABRECHNUNGSSERVICE Unterstützung, wenn Erstattungsschwierigkeiten mit Ihrer Versicherung auftreten. Die Kosten für diesen Service trägt die Zahnarztpraxis.

Praxisstempel

### **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:**

Um die Zusammenarbeit mit LAFRENTZ ABRECHNUNGSSERVICE zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der unten stehenden Erklärungen. Selbstverständlich ist Lafrentz Abrechnungsservice zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung erforderlichen Informationen, insbesondere meiner personenbezogenen Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe, Aufzeichnungen, Gutachten) an Lafrentz Abrechnungsservice und der dort vorzunehmenden Speicherung und Verarbeitung der Daten.

### **SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG:**

Ich entbinde meine/n Behandler/in bzw. die Praxis (siehe Praxisstempel) sowie LAFRENTZ ABRECHNUNGSSERVICE und deren Mitarbeiter von seiner/ihrer gesetzlichen Schweigepflicht soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Mir ist bewusst, dass meine Zustimmung zu dieser Einverständniserklärung vollkommen freiwillig ist und mir im Falle einer Verweigerung keinerlei Nachteile drohen. Die Zustimmung gilt auch für weitere Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder LAFRENTZ ABRECHNUNGSSERVICE zu erklären. Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift