

Name, Vorname des Patienten	
Straße, Hausnummer	
PLZ & Wohnort	
geboren am	
derzeit berufliche Tätigkeit	Ihre Rückrufnummer

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters/Rechnungsempfängers* geboren am

* Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Unsere Praxis hat sich deshalb dafür entschieden, das Management der Patienten-Buchhaltung an den Partner unseres Vertrauens zu übergeben. Die EOS Health AG ermöglicht die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnungen. Das entlastet uns in unserer Verwaltung und somit haben wir mehr Zeit für Sie.

EOS Health Honorarmanagement AG
Steindamm 80
20099 Hamburg
Telefon 040 2850-6000
Telefax 040 2850-6020
www.eos-health.ag

Wenn Sie Fragen zur Rechnung haben oder in bequemen Raten zahlen möchten, kontaktieren Sie gern die EOS Health AG. Auch Fragen zu Erstattungen bei Ihrer Krankenkasse oder Beihilfestelle werden hier kompetent und fachkundig beantwortet.

Die EOS Health AG gehört zur Otto Group. Ihre

Angaben sind dort in guten Händen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreibt und nicht an Dritte weitergegeben.

Um das Abrechnungsverfahren in Zusammenarbeit mit der EOS Health AG zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung. Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Die EOS Health AG entlastet Ihre Zahnarztpraxis in ihren Verwaltungsaufgaben und übernimmt das Management der Patienten-Rechnungen. Für die korrekte Abwicklung benötigen wir Ihre
■ Unterschrift auf dieser Einwilligungserklärung. Vielen Dank!



Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei an die EOS Health Honorarmanagement AG, Steindamm 80, 20099 Hamburg. Ich bin auch einverstanden mit einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen des Zahnarztes an die EOS Health AG.

Ich wurde darüber informiert, dass im Falle der Abtretung die EOS Health AG die von ihr erworbenen Ansprüche aus der Behandlung meines Zahnarztes mir gegenüber in Rechnung stellt und die an die EOS Health AG übermittelten Daten zu meiner Person dort gespeichert werden. Diese Erklärung gilt gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) als Benachrichtigung. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Zahnarzt als Zeuge in einer etwaigen Auseinandersetzung gehört werden. Ich bin damit einverstanden, dass der Zahnarzt oder die EOS Health AG bei Wirtschaftsauskunfteien/Kreditschutzorganisationen wie beispielsweise Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500 166, 22701 Hamburg, die über mich gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher, die auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelt werden, abfragt.

Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von mir schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel