teemfactor

Einverständniserklärung

Praxisstempel

Der / Die Patient /in

E-Mail

Nachname / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

☐ erklärt Folgendes: ☐ ist minderjährig und für ihn/sie erklärt der/die gesetzliche Vertreter/in

Nachname / Vorname

Geburtsdatum

☐ Vater ☐ Mutter ☐ Sonstiges:

Stellung zum/r Patienten/in

Der / Die hiermit zugleich ausdrücklich versichert, alleinvertretungsberechtigt bzw. von dem / der Mitvertretungsberechtigten hierzu ermächtigt zu sein und willigt ein, dass die Praxis mit ihren Therapeuten zur zweckgebundenen Weitergabe bzw. Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen an die teemfactor GmbH, Tutzing, sowie an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e.G berechtigt ist. Dazu gehören insbesondere gesundheitsbezogene rechnungsrelevante Daten aus der Patientenkartei, aus Heil- und Kostenplänen und Untersuchungen, sowie die damit zusammenhängenden personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, E-Mail-Adresse, Befunde, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Labordaten).

Mir ist bekannt, dass die Praxis mit ihren Therapeuten, als auch die teemfactor GmbH, meine personenbezogenen Daten zweckgebunden zur Erfüllung vertraglicher Zwecke verarbeiten. Dies umfasst die rechtsgeschäftliche Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die teemfactor GmbH, sowie gegebenenfalls deren Weiterabtretung zur Refinanzierung an ein Bankenkonsortium unter Führung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e.G die Rechnungsstellung durch die teemfactor GmbH in eigenem Namen und auf eigene Rechnung; die mögliche Einholung einer Information bei der Kreditschutzorganisation CRIF Bürgel GmbH, München sowie bei der R+V Allgemeine Versicherung AG, Wiesbaden zur Prüfung meiner Bonität sowie die Weitergabe von Abrechnungsdaten an die ARZ.dent GmbH zur Klärung etwaiger Kostenträgerwidersprüche.

Ich gestatte mit meiner Unterschrift die datenschutzkonforme Zusammenarbeit zwischen der Praxis, mir und der teemfactor GmbH. Ebenso wurde ich hier über die Einholung einer Information zur Prüfung meiner Bonität u. a. bei der Kreditschutzorganisation CRIF Bürgel GmbH aufgeklärt. Laut der DSGVO haben betroffene Personen das Recht, über die Erhebung und Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten informiert zu werden. Mit dieser Information wird dem Grundsatz der Transparenz Rechnung getragen. Die Auskunfteien versenden aus diesem Grund gemäß Art. 14 Abs. 3 Buchstabe c der DSGVO Benachrichtigungsschreiben an die Person, deren Daten gespeichert wurden, in dem über die Bonitätsanfrage aufgeklärt wird. Dieses dient lediglich zur Information.

Ich wurde zudem darüber informiert, dass eine schuldbefreiende Zahlung infolge der Abtretung nur noch an die teemfactor GmbH erfolgen kann. Ich bin jederzeit berechtigt, sowohl bei der Praxis mit ihren Therapeuten, als auch bei der teemfactor GmbH, Rechte auf Auskunft, Berichtigung und Löschung im Sinne von Art. 12 ff. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geltend zu machen. Weitere Informationen zu der Datenverarbeitung finden Sie als Beiblatt oder unter www.teemfactor.de/datenschutz.

Zudem entbinde ich die Praxis mit ihren Therapeuten von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die vorstehenden genannten Zwecke erforderlich ist. Die Entbindung gilt auch für weitere Behandlungen. Ich habe das Recht, die Einwilligung jederzeit gegenüber der Praxis schriftlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort / Datum

Unterschrift