

.....
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-/ärztlichen bzw. therapeutischen Behandler 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 einverstanden. Medas factoring GmbH ist verantwortliche Stelle gem. § 3 Abs. 7 BDSG.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler an Medas factoring GmbH und zu einer Rechnungstellung durch dieses Unternehmen. Ich bin damit einverstanden, dass Medas factoring GmbH zum Zwecke der Rechnungstellung meine persönlichen Daten erhebt, verarbeitet und nutzt. Sämtliche Daten werden geheim gehalten und auf keinen Fall an Dritte weitergegeben. Die Löschung der persönlichen Daten erfolgt regelmäßig nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf der steuer- und handelsrechtlichen Vorschriften. Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen

.....
Unterschrift Mutter des Kindes/Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)

.....
Unterschrift Vater des Kindes/Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)