

Einverständniserklärung

Praxisstempel

Der / Die Patient /in

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 willige ein, dass die Praxis mit ihren Therapeuten (siehe Praxisstempel) zur zweckgebundenen Weitergabe bzw. Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen berechtigt ist. Dazu gehören insbesondere gesundheitsbezogene, rechnungsrelevante Daten aus der Patientenakte, Heil- und Kostenplänen, Untersuchungen sowie die damit zusammenhängenden personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Labordaten) an die TeamFaktor GmbH, Sarnberg, sowie an die Norddeutsche Landesbank, Oldenburg.

Mir ist bekannt, dass die Praxis mit ihren Therapeuten als auch die TeamFaktor GmbH meine personenbezogenen Daten zweckgebunden zur Erfüllung vertragliche Zwecke verarbeiten. Dies umfasst die rechtgeschäftliche Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung an die TeamFaktor GmbH sowie gegebenenfalls Weiterabtretung zur Refinanzierung an die Norddeutsche Landesbank, Oldenburg; die Rechnungsstellung durch die TeamFaktor GmbH in eigenem Namen und auf eigene Rechnung; die möglichen Einholung einer Information bei der Kreditschutzorganisation CRIF Bürgel GmbH, München sowie Atradius Kreditversicherung, Köln zur Prüfung meiner Bonität.

Ich wurde zudem darüber informiert, dass eine schuldbefreiende Zahlung infolge der Abtretung nur noch an die TeamFaktor erfolgen kann. Ich bin jederzeit berechtigt sowohl bei der Praxis mit ihren Therapeuten als auch der TeamFaktor 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.teamfaktor.com/beiblatt

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