PASiDENT

Einverständniserklärung zur Weitergabe/Offenlegung von Daten:

Patient/in Praxisstempel

_____

Name Vorname Geburtsdatum

_____

Straße Hausnummer PLZ, Ort

Versicherter:

_____

Name Vorname Geburtsdatum

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

Weitergabe und ausschließlichen Offenlegung meiner Daten gegenüber P~A~S ZMV zum Zwecke der Abrechnung bzw. Rechnungslegung und Erbringung der Leistungen im Bereich Buchhaltung und Mahnwesen. Dies beinhaltet folgende Daten:

- Vollständiger Name
- Geburtsdatum
- Adressen und Kontaktdaten
- Behandlungsdaten und Behandlungsverlauf, sowie Diagnosen

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte/Zahnärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.
Die Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit ganz od. teilweise schriftlich widerrufen. P~A~S ZMV verpflichtet sich, diese Daten vertraulich zu behandeln und sie nur zu verwenden und insbesondere nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift /ggf. gesetzlicher Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

PASiDENT
Ihr Ansprechpartner in sämtlichen Abläufen der dentalen Abrechnung
Bianka Herzog-Hock
Email: info@pasident.de

Nürnberger Str. 2a
92318 Neumarkt
Tel. 09181/5107995, Mobil: 0179/6883881
Internet: http://www.pasident.de/