

Zeit für's Wesentliche: Die Behandlung unserer Patienten!

Patientenname:

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Ihnen unsere volle Aufmerksamkeit schenken und uns auf Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns entschieden unsere Patienten – Buchhaltung und Behandlungsabrechnung an das externe Abrechnungsbüro Dental Expertise®, den Partner unseres Vertrauens, zu übergeben. Die Daten werden gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Zusammenarbeit mit Dental Expertise® ermöglicht uns eine unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Behandlungsabrechnungen und entlastet uns in der Verwaltung.

So schaffen wir Freiräume für das Wesentliche und gewinnen wertvolle Zeit für Sie!

Um die Abrechnung auslagern zu können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung dieser Einwilligung.

Herzlichen Dank!

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner Patientenunterlagen zum Zwecke der Abrechnung ausdrücklich einverstanden. Dazu entbinde ich meine zahnärztliche Praxis von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Dieses Einverständnis gilt für alle zukünftigen Behandlungen und ist jederzeit schriftlich widerrufbar.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/-in

Dental Expertise® ▪ Südliche Ringstraße 34 ▪ 91126 Schwabach

www.dentalexpertise.de ▪ info@dentalexpertise.de ▪ Tel.: 09122 - 1893798 ▪ Fax: 09122 - 1893553

DENTAL EXPERTISE®
Wir machen Ihre Abrechnung