

## Praxisstempel

## Einverständniserklärung

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
Telefonnummer tagsüber	Telefonnummer abends	E-Mail

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an MCC Medical CareCapital AG (nachfolgend MCC).
  - Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an MCC.
  - Im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen der MCC an refinanzierende Institute, soweit rechtlich zulässig, wobei in jedem Fall die Vertraulichkeit der Patientendaten gewährleistet ist.
  - Informationsauskunft zum bisherigen Zahlungsverhalten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, sowie Einholung von Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.
- Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass MCC gegebenenfalls die Leistungen meiner Zahnärztin/meines Zahnarztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen oder die durch meine Zahnärztin/meinen Zahnarzt in Rechnung gestellten Beträge für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/der Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/meinen Zahnarzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

X

Hiermit ermächtige ich die MCC Medical CareCapital AG, die von mir zu entrichtenden Zahlungen im Rahmen der Behandlungen durch meine Zahnärztin/meinen Zahnarzt bei Fälligkeit per Lastschrift einzuziehen:

Kontonummer	Kontoinhaber
BLZ	Kreditinstitut

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

X