

Name, Vorname (Patient)

Straße

HSN

PLZ

Ort

geb. am

Um die uns die Zusammenarbeit mit Demaco zu ermöglichen, bitten wir Sie um Zustimmung und Unterschrift dieser Einverständniserklärung. Demaco ist zur Verschwiegenheit und der Datenschutzgrundverordnung verpflichtet. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen!

Gesetzliche(r) Vertreter/in bei Minderjährigen /
Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Straße / HSN

PLZ/ Wohnort

Ich erkläre mich mit der Weitergabe von erforderlichen Informationen sowie Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten) zum Zwecke der Abrechnung an Demaco GbR, Burmesterstraße 14, 26135 Oldenburg.

Mir ist bekannt, dass die Weitergabe meiner persönlichen Daten jederzeit schriftlich, per Email an widerruf@demaco.de widerrufen kann.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung der durchgeführten Behandlung erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten. Diese Zustimmung gilt auch für weitere Behandlungen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Praxisstempel

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns ganz Ihrer Zahngesundheit widmen. Aus diesem Grund haben wir uns dazu entschieden, die Abrechnung unserer Behandlungen an einen kompetenten Partner zu übergeben:

Demaco

Dentalabrechnung, -management & -coaching GbR
Burmesterstraße 14, 26135 Oldenburg

Tel.: 0441-36 16 08 66

E-Mail: abrechnung@demaco.de

Demaco stellt eine korrekte, zügige und individuelle Bearbeitung Ihrer Rechnung sicher und ist Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Leistungsabrechnung.