

Bei medizinischen Leistungen ab einem Betrag von 850 Euro bieten wir Ihnen als unseren Service die Möglichkeit der Zahlung in Raten an. Hierfür sind eine Freigabe des behandelnden Arztes sowie eine Bonitätsprüfung notwendig. Das Ergebnis der Bonitätsprüfung entscheidet auch über die Anzahl der möglichen Raten. Für deren Prüfung und die Bearbeitung des Antrages sind nachfolgende Angaben notwendig:

## PATIENT

PatientNr.	<input type="text"/>		
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

## VERSICHERTER

Patient ist Versicherter  Patient hat Vertretungsberechtigten

Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

Kopie Personalausweis beifügen (Vorder und Rückseite)

## Stellung des Versicherten zum Patienten

Eltern  Betreuer  Ehegatte (-in) oder

Ich wünsche, Bonität vorausgesetzt eine Bezahlung in  Raten.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abwicklung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die m-med Steuerberatungsgesellschaft mbH, Brucknerstr. 2, 28359 Bremen, Telefon: +49 421 / 24 69 61 80, Telefax: +49 421 / 24 69 61 89, E-Mail: [kanzlei@m-med.de](mailto:kanzlei@m-med.de) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten. Diese Gesellschaft unterliegt der gleichen Schweigepflicht wie der behandelnde Arzt und verwendet diese Daten ausschließlich für Zwecke der Ratenzahlungsvereinbarung.
- Einholung einer Information durch die vorgenannte Gesellschaft bei der Creditreform zur Prüfung meiner Bonität.
- Die Ratenzahlung erfolgt Zins- und Kostenfrei bei fristgerechter Erfüllung der Ratenzahlung.

Ich entbinde meine(n) Zahnärztin/Zahnarzt sowie die m-med Steuerberatungsgesellschaft mbH von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Abwicklung der Forderungen erforderlich ist. Diese Zustimmung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder der m-med Steuerberatungsgesellschaft mbH zu erklären.

Die **Informationen zum Datenschutz** wurde mir ausgehändigt und habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Die m-med Steuerberatungsgesellschaft mbH wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten. Selbstverständlich ist die die m-med Steuerberatungsgesellschaft mbH gesetzlich ebenso wie der behandelnde Arzt zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte der m-med Steuerberatungsgesellschaft mbH (Geschäftsführer und Steuerberater Thorsten Marmulla, Sitz der Gesellschaft: Bahnhofstr. 31, 29614 Soltau, Telefon: +49 5191 / 9699 - 0, E-Mail: kanzlei@m-med.de).

---

Ort, Datum, Unterschrift