Patient

Name	Vorname	geb. am

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

Name	Vorname	geb. am
Beruf		dienstl. Telefonnummer
Straße		private Telefonnummer
PLZ	Wohnort	
Arbeitgeber		
Krankenversicherung / Kostenträger		

Einverständniserklärung echtes Factoring (Forderungskauf)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich zusammen mit der

PVS dental GmbH

Diese ist eine Tochter mehrerer berufsständischer Gemeinschaftseinrichtungen, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet wurden und durch diese geleitet werden. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt oder Zahnarzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Meine Honorarforderungen trete ich an die PVS dental GmbH ab. Die PVS dental GmbH wird die Rechnungen erstellen und die Honorarforderungen für eigene Rechnung einziehen. Im Falle eines Rechtsstreits ist die PVS dental GmbH Prozesspartei und ich würde gegebenenfalls als Zeuge gehört werden.

Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – **Einverständnis** zu erteilen, die zur Rechnungserstellung und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS dental GmbH zu übermitteln.

Gleichzeitig ermächtigen Sie mich durch Ihre Unterschrift, vor Beginn der Behandlung bei einer Auskunftei oder Kreditschutzorganisation (CEG Creditreform Consumer GmbH) eine Auskunft über Ihre Bonität bzw. bei Rechnungsbeträgen über 5.000,- Euro eine Schufa-Auskunft einzuholen.

Die Datenübermittlung an die Auskunftei oder Kreditschutzorganisation erfolgt über die PVS dental GmbH, Auf der Heide 2, 65553 Limburg an der Lahn.

Mit freundlichem Gruß

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift