

Patientenerklärung



Zahnarzt
Thomas Bonnichsen
NISSEN
Tätigkeitsschwerpunkt
Kieferorthopädie
Stadtweg 39
24837 Schleswig
Tel. 04621 · 29424

Für meine(n) Tochter / Sohn: _____

Mein Name: _____

Mein Geburtsdatum:

Adresse: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung zur:

- Erhebung und Nutzung meiner persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten, sowie der Speicherung mittels EDV durch die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis Nissen soweit dies für die Behandlung von mir / meinem Kind erforderlich ist.
Dies gilt auch für Daten, die neue Mitarbeiter oder Inhaber der Kieferorthopädischen Praxis in Zukunft speichern oder nutzen werden, falls diese zum heutigen Zeitpunkt noch nicht Angestellte / Inhaber der Praxis sind.
- Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten in der Zahnarztpraxis Nissen sind mehrere Behandlungsstühle in einem Raum aufgestellt. Ein Informationsaustausch zwischen den gleichzeitig im Behandlungsraum befindlichen Personen kann nicht ausgeschlossen werden. Dies entspricht einer Übertretung des geltenden Rechts auf Datenschutz. Ich wünsche die weitere Behandlung in der Praxis und akzeptiere die mögliche Offenbarung meiner Patientendaten. (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht)
- Weiterleitung der erforderlichen Daten an eine Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Abrechnung von Eigenanteilen.

Abbuchung der fälligen Rechnungsbeträge von folgendem Konto:

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) Zahnarzt Thomas Nissen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:
Einmalige Zahlung
type of payment:
one-off payment

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) /
signature(s) of the debtor

Sehr geehrte/r Patient/in, liebe Eltern,

Sie haben das Recht, einzelne Passagen zu streichen und Ihre Zustimmung zu verweigern.

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Schleswig,.....
(Datum)

.....
(Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter)