

# EINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

## Praxisstempel

HW

Ihre Zahnärzte. In Pfullingen. Am Laiblinnsplatz.

**DR. ANNETTE HORNSTEIN**  
**DR. PHILLIP WALLOWY**

Laiblinnsplatz 6 · 72793 Pfullingen  
Tel. 07121 78866 · Fax 07121 3884492  
info@hornstein-wallowy.de

\* freiwillige  
Angabe

|   |                        |              |
|---|------------------------|--------------|
| Name, Vorname des Patienten               |                        | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer                        |                        | PLZ, Wohnort |
| Telefonnummer tagsüber *                  | Telefonnummer abends * | E-Mail *     |
| Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters |                        | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer                        |                        | PLZ, Wohnort |

Nach vollständiger Aufklärung über die zu erteilende Einwilligungserklärung erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an MCC Medical CareCapital GmbH (nachfolgend MCC).
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an MCC.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen der MCC an die HSH Nordbank AG, Gerhart-Hauptmann-Platz 50, 20095 Hamburg, an die Deutsche Postbank AG, Friedrich-Ebert-Allee 114-126, 53113 Bonn, an die Bremer Kreditbank AG, Wachtstraße 16, 28195 Bremen, bzw. an die Sparkasse Krefeld, Ostwall 155, 47798 Krefeld, wobei in jedem Fall die Vertraulichkeit der Patientendaten gewährleistet ist. Es werden keine behandlungsrelevanten Daten weiter gegeben, sondern lediglich Rechnungsempfänger, Rechnungsnummer und Rechnungsbetrag.

Mir ist bekannt, dass die MCC berechtigt ist, eine Informationsauskunft zum bisherigen Zahlungsverhalten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und/oder von der CRIF Bürgel GmbH, Radlkofenstraße 2, 81373 München und/oder von der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und/oder von der CRIF Bürgel GmbH, Radlkofenstraße 2, 81373 München einzuholen. Ferner wurde ich darüber informiert, dass die MCC die zum Druck aufbereiteten Rechnungen an die BIT Brand Informations- und Telekommunikationslösungen GmbH / BIT Lettershop GmbH, Pascalstr. 13, 47506 Neukirchen-Vluyn im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung zum Zweck des Drucks und der Kuvertierung weiter leitet. Darüber hinaus wurde ich darüber informiert, dass die Saldaris GmbH, Am Lichtbogen 55, 45141 Essen als registrierter Inkassodienstleister zum Zwecke des Forderungsmanagements für den Fall, der Nichtzahlung trotz Mahnung eingeschaltet wird.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen, sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem entsprechenden Arzt/Behandler widerrufen werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass MCC gegebenenfalls die Leistungen meines behandelnden Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen oder die durch meinen behandelnden Arzt in Rechnung gestellten Beträge für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der behandelnde Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Eine Mehrfertigung dieser Einwilligungs- und Schweigepflichtenbindungserklärung kann ich auf Wunsch anfordern.

**Ich entbinde meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung, die Einholung der Bonitätsauskunft und die Bearbeitung der Rechnungen erforderlich ist.**

Streichungen und/oder Änderungen machen diese Erklärung unwirksam.

Ort / Datum



Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung /  
ggf. Rechnungsempfänger