

## Einwilligungserklärung

Wir bearbeiten diese Daten ausschliesslich zum Zweck unsere zahnärztlichen Leistungen zu erbringen, diese fakturieren zu lassen und bei Ausbleiben der Zahlung Inkassomassnahmen zu ermöglichen. Wir bearbeiten Ihre Daten im In- und Ausland (insbesondere bei Verwendung von Cloud-Lösungen) und nur so lange, als wir diese benötigen. Die Daten werden nach Ablauf von 10 + 1 Jahren ab Beendigung gelöscht.

Mein(e) Zahnarzt / Zahnärzte ist berechtigt, medizinisch notwendige Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Der Patient erteilt mit seiner Unterschrift der Praxis die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung notwendigen Daten und Informationen, sowohl an die von ihm mit der Rechnungsstellung beauftragte Institution – Zaala AG mit Sitz in Frauenfeld - Dentakont AG mit Sitz in Wohlen - als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution - oder einem damit befassten Rechtsanwalt sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten und diese Daten und Informationen zur Abrechnung zu nutzen.

Wir notifizieren Ihnen, dass wir alle Forderungen gegen Sie an die Zaala AG / Dentakont AG abgetreten haben, sodass die Bezahlung der Rechnung ausschliesslich und befreiend an die Zaala AG / Dentakont AG zu erfolgen hat. Wir bitten die Rechnung innerhalb der auf der Rechnung vermerkten Zahlungsfrist zu begleichen, da andernfalls Verzugszinsen und Mahngebühren fällig werden.

Die mit der Rechnungsstellung beauftragte Zaala AG / Dentakont AG ist berechtigt, nur die sich aus dem Zahlungsverhalten des Patienten ergebenden Informationen (in keinem Fall aber medizinische Daten) für die Vertragsabwicklung und zur weiteren Verwendung in deren Bonitätsdatenbanken zu speichern und für die Zwecke der Zaala AG / Dentakont AG wie Marketingzwecke und für Zahlungsabwicklung.

Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben und die obigen Regelungen zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben und das Einverständnis freiwillig zu erteilen.

\*Zur einfacheren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet, wobei die weiblichen oder anderen Formen auch mitgemeint sind.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten resp. dessen gesetzlichen Vertreters

-----

-----