**Einwilligung zur Abtretung (zahn-)ärztlicher Honorarforderungen an eine Abrechnungsstelle (Muster)**

Zu diesem Muster:

1. Das nachstehende Formular bedarf immer einer Anpassung auf den Einzelfall bzw. ihres Unternehmens.
2. Das Muster ist auszufüllen, dies an den bereits dahingehend gekennzeichneten Stellen, ggf. auch darüber hinaus.
3. Das Muster unterstellt, das kein Betriebsrat existiert, keine Betriebsvereinbarung verabredet ist und keine tariflichen Regelungen zu beachten sind.
4. Das Muster ist unter Umständen u. a. wegen inzwischen veröffentlichter Rechtsprechung zu aktualisieren. Bitte setzen Sie sich hierzu unverbindlich mit uns in Verbindung.
5. Bei Unsicherheiten darüber, wie mit dem Mustertext zu verfahren ist, empfehlen wir Ihnen dringend, den Rat eines Anwalts einzuholen. Eine erste Anfrage nach Unterstützung durch uns ist stets in ihrer Mitgliedschaft inkludiert.
6. Haftungsausschluss: Alle Formulare und Mustertexte sind unbedingt auf den Einzelfall hin anzupassen. Wir haben uns bei der Erstellung große Mühe gegeben. Trotz alledem können wir absolut keinerlei Haftung dafür übernehmen, dass das jeweilige Dokument für den von Ihnen angedachten Anwendungsbereich geeignet und ausreichend ist. In Zweifelsfällen kontaktieren Sie uns bitte unter vertraege.recht@unakon.de
7. Die Frage, ob das nachstehende Muster rechtlich wirksam ist, hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden (Urt. v. 10.10.2013 - III ZR 325/12). Unser nachstehend wiedergegebenes Muster entspricht weitgehend dem Dokument, das der BGH zu überprüfen hatte.
8. Vorsicht bei der Behandlung von Minderjährigen! Hier ist die Erklärung des (minderjährigen) Patienten grundsätzlich unwirksam. Es bedarf dann der Zustimmung durch den bzw. die gesetzlichen Vertreter.
9. **Achtung: Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die derzeit bestehende Rechtslage nach dem BDSG. Ab dem 25.05.2018 wird das BDSG durch die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) beeinflusst werden.**

**Einwilligung zur Abtretung (zahn-)ärztlicher Honorarforderungen an eine Abrechnungsstelle (Muster)\***

***Einwilligung zur Abtretung***

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der/die umseitig genannte Arzt / Ärztin / Zahnarzt / Zahnärztin / Berufsausübungsgemeinschaft \_\_\_\_\_\_\_\_\_ zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* [Name und Adresse der Abrechnungsstelle] *weitergibt.*

*Insoweit entbinde ich den/die Arzt /Ärztin / Zahnarzt / Zahnärztin / Berufsausübungsgemeinschaft ausdrücklich von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der/die Arzt / Ärztin / Zahnarzt / Zahnärztin / Berufsausübungsgemeinschaft \_\_\_\_\_\_\_\_\_ die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* [Name der Abrechnungsstelle] *abtritt.*

*Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* [Name der Abrechnungsstelle] *als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung - auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben - im Streitfall gegenüber der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* [Name der Abrechnungsstelle] *zu erheben und geltend zu machen sind und der/die mich behandelnde Arzt / Ärztin / Zahnarzt / Zahnärztin als Zeuge/Zeugin vernommen werden kann.*

***Einwilligung nach Datenschutzgesetz***

*Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von dem/der Arzt / Ärztin / Zahnarzt / Zahnärztin / Berufsausübungsgemeinschaft \_\_\_\_\_\_\_\_\_ und der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* [Name der Abrechnungsstelle] *- ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort / Datum / Unterschrift Patient (ggf. Unterschrift(en) des gesetzlichen Vertreters)

\*Nach BGH, Urt. v. 10.10.2013 - III ZR 325/12