

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Kostenträger

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/  
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

**imas** | PARTNER DER  
ZAHNARZTPRAXEN

**im-as GmbH**  
Mühlhofstraße 7 | 96103 Hallstadt

Fon: 0951 / 29 76 71 20 | Fax: 0951 / 51 92 99 95  
E-Mail: info@im-as.de | Internet: www.im-as.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

da wir uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren möchten, haben wir uns entschieden, im Bereich der Leistungsberechnung/Abrechnung mit der

**imas** | PARTNER DER  
ZAHNARZTPRAXEN zusammenzuarbeiten.

Unser kompetenter Partner gewährleistet eine zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Unterlagen. Zugleich stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der **im-as GmbH** als freundliche und kompetente Ansprechpartner in allen Belangen der Abrechnung zur Verfügung.

Um eine Zusammenarbeit mit der **im-as GmbH** zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nachfolgenden Erklärungen.

- Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Weitergabe meiner Daten bzw. Behandlungsdaten, zum Zwecke der Leistungsberechnung/Abrechnung, an die **im-as GmbH**, einverstanden. Diese Erklärung gilt gemäß § 33 BDSG als Benachrichtigung.
- Ich entbinde meinen Behandler bzw. seine Vertretung gegenüber der **im-as GmbH** in dem aufgezeigten Rahmen von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
- Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.
- Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum/Praxis-/Klinikstempel

Unterschrift Patient/  
bzw. gesetzlicher Vertreter