

Gebührenrechtliche Eingabe

Daten des anfragenden Patienten / der anfragenden Patientin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

E-Mail-Adresse:

(Optionale Angabe) Telefonnummer (tagsüber erreichbar):

Daten der Zahnarztpraxis

Name Zahnarztpraxis:

Name, Vorname behandelnde(r) Zahnärztin/Zahnarzt:

Anschrift:

.....

Schilderung Ihres Anliegens (bitte möglichst ausführlich und detailliert)

Schweigepflichtsentbindung

Damit wir Ihre gebührenrechtliche Eingabe bearbeiten können, ist es erforderlich, dass Sie Ihre(n) Behandler(in) von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der ZKN entbinden. Sofern erforderlich, können etwaige Rückfragen so direkt von der ZKN mit Ihrer Zahnärztin / Ihrem Zahnarzt geklärt werden. Einen Vordruck für die Schweigepflichtsentbindungserklärung finden Sie auf der Webseite der ZKN.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Bearbeitung meiner gebührenrechtlichen Eingabe ein.

Hinweis: Die vorgenannten Einwilligungen sind freiwillig. Sie können sie jederzeit in Textform (z. B. per Brief, E-Mail oder Fax) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Weitere Informationen sowie Ihre Rechte bezogen auf die Verarbeitung der Daten entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung auf <https://zkn.de/datenschutz.html>.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten
(ggf. der gesetzlichen Vertreter)