

Anlage 3

Vertrag zur Erbringung von Zahnersatzleistungen und Individualprophylaxe nach § 73 c SGB V

- Zahnersatz
- Implantatversorgung
- Professionelle Zahnreinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Es besteht eine Zahn-Zusatzversicherung
Es besteht eine Vollversicherung

- ARAG
- AXA
- Barmenia
- CSS
- Hallesche KV
- Universa
- VKB
- Andere

-
-
-
-
-
-
-
- Name: _____

Ich bin damit einverstanden,

- dass sämtliche Hauptleistungen im Rahmen des Strukturvertrages ausschließlich durch die am Strukturvertrag teilnehmenden Leistungserbringer erbracht werden. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung / Versorgung ausschließlich durch die teilnehmenden Vertragspartner / Leistungserbringer vor. Ich bin darüber informiert, dass die Vertragspartner / Leistungserbringer auf der Homepage www.dent-net.de abschließend genannt sind.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich über die Inhalte des Strukturvertrages informiert habe. Das von meiner Krankenkasse gebotene Leistungsangebot ist mir bekannt. Ich weiß, dass die Teilnahme am Strukturvertrag freiwillig ist, und bin mit der Behandlung durch die teilnehmenden Vertragspartner / Leistungserbringer einverstanden. Mir ist bekannt, dass sich die näheren Regelungen zur Durchführung der Teilnahme an dem Vertrag aus der Satzung meiner Krankenkasse ergeben. Bei einer Versorgung mit Implantatgetragenen Zahnersatz und / oder Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungen / zusätzlicher Zahnreinigungen können für mich Mehrkosten entstehen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Gewährleistungspflicht von 5 Jahren nur greift, wenn ich den Zahnersatz pfleglich behandle und mindestens einmal im Kalenderjahr bei dem/der in Anspruch genommenen Behandler/in die zahnärztliche Vorsorge durchführen lasse.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen des Strukturvertrages die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, von den beteiligten Zahnärzten und Laboren verarbeitet und zu Prüf- und Abrechnungszwecken (HKP und Rechnung) an die Managementgesellschaft Indento GmbH, sowie an die gesetzliche Krankenkasse und, soweit vorhanden, an die private Zusatzversicherung unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen,
- dass Daten zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung anonymisiert unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verarbeitet werden dürfen,
- mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Adresse, Kasse / Versicherungsunternehmen, Befund, Behandlungsdaten) an die Indento GmbH,
- mit der Weiterabtretung der Forderungen durch die Indento GmbH an das refinanzierende Institut,
- mit der elektronischen Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner an die Indento GmbH übermittelten persönlichen behandlungsbezogenen Daten zum Zwecke der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Geltendmachung der Forderung.

Insoweit entbinde ich meinen Zahnarzt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Indento GmbH als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – im Streitfall gegenüber der Indento GmbH zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.

Falls sich aus meiner Behandlung ein Eigenanteil ergeben sollte und dieser abgetreten wird, erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Indento GmbH Bonitätsauskünfte (außer bei PZR) im Zusammenhang mit der sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderung einholt.

Ich bin darüber informiert, dass ich der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme am Strukturvertrag nicht (mehr) möglich ist.

Ort/Datum:

Unterschrift: