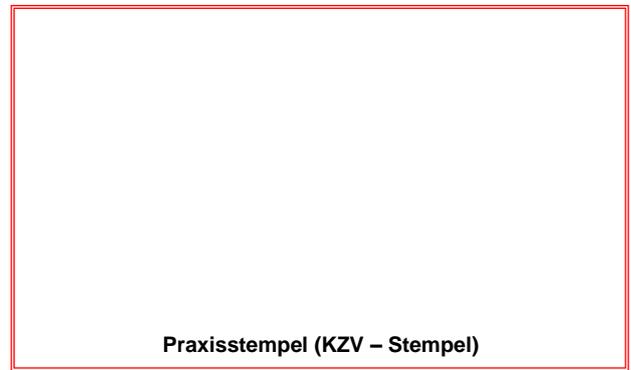


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Praxisstempel (KZV – Stempel)

**Teilnahmeerklärung (Anlage 3 des Strukturvertrages Zahnersatz nach § 73c SGB V a.F. sowie des besonderen Versorgungsvertrages nach § 140a SGB V zur Erbringung von Zahnersatzleistungen und Individualprophylaxe)
Vertrag zur Erbringung von Zahnersatzleistungen und Individualprophylaxe nach § 73 c SGB V a.F. bzw. § 140a SGB V**

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Zahnersatz (ZE) | <input type="checkbox"/> | zahnärztliche Schlafmedizin |
| <input type="checkbox"/> | Implantatversorgung | | |
| <input type="checkbox"/> | Professionelle Zahnreinigung (PZR) | <input type="checkbox"/> | Schwangereprophylaxe |

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Hauptleistungen im Rahmen dieses Vertrages ausschließlich durch die an diesem Vertrag 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. Sollte ich nicht die dort genannten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, kann die Leistung nicht im Rahmen des Strukturvertrages Zahnersatz erbracht werden. Die Krankenkasse ist im Wiederholungsfall berechtigt, das Teilnahmeverhältnis zu kündigen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich über die Inhalte des oben genannten Vertrages informiert habe. Das von meiner Krankenkasse gebotene Leistungsangebot ist mir bekannt. Ich weiß, dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und bin mit der Behandlung durch die teilnehmenden Vertragspartner / Leistungserbringer einverstanden. Eine Bindung an den Vertrag besteht bis zum Abschluss der jeweiligen Behandlung (ZE, PZR). Die weiteren näheren Regelungen zur Durchführung der Teilnahme an dem Vertrag ergeben sich aus der Satzung meiner Krankenkasse. 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, den ich sowohl aus internationaler, als auch aus deutscher Produktion wählen kann, pfleglich behandle und mindestens einmal im Kalenderjahr bei dem/der in Anspruch genommenen Behandler/in die zahnärztliche Vorsorge durchführen lasse.

Mir ist bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Mir ist weiter bekannt, dass mit einem Widerruf das Teilnahmeverhältnis endet.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen dieses Vertrages die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig. Ich erkläre mich damit einverstanden,

- dass meine patientenbezogenen Daten (insbesondere Name, Krankenkassenmitgliedschaft, Anschrift, die im Zusammenhang mit der durchzuführenden bzw. durchgeführten Behandlung relevanten Gesundheitsdaten), sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung stehen, also zur Vertragsdurchführung und Abrechnung notwendig sind, von den beteiligten Zahnärzten und Laboren/Dentalgesellschaften verarbeitet und zu Prüf- und Abrechnungszwecken (HKP und Rechnung) an die Indento Managementgesellschaft mbH 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,
- dass zum Zweck der Abrechnung und Geltendmachung der abgetretenen Forderung die jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Adresse, Kasse / Versicherungsunternehmen, Befund, Behandlungsdaten) an die Indento Managementgesellschaft mbH weitergegeben werden,
- dass die Forderungen durch die Indento Managementgesellschaft mbH an die refinanzierende Institute (opta data factoring GmbH, Berthold-Beitz-Boulevard 514, 45141 Essen, Deutsche Postbank AG) auch im Zusammenhang mit einer Globalsicherungszession unter Weitergabe aller vorstehend genannten Daten, Informationen und Unterlagen abgetreten werden,
- dass die elektronische 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 erfolgt.

Insoweit entbinde ich meinen Zahnarzt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Indento Managementgesellschaft mbH 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 Managementgesellschaft mbH zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann. Die Indento Managementgesellschaft mbH ist berechtigt, bei Eintritt des Verzuges (§ 286 BGB) ein nach dem RDG registriertes Inkassounternehmen mit der Weiterverfolgung der ausstehenden Zahlung zu beauftragen.

Mir ist bekannt, dass eine Behandlung im Rahmen des Strukturvertrages Zahnersatz nicht möglich ist, wenn ich mit der vorstehend dargestellten Weitergabe meiner patientenbezogenen Daten nicht einverstanden bin.

- Ich habe mit der Teilnahmeerklärung schriftliche Informationen zum DENT-NET® in Form des DENT-NET® Patientenflyers erhalten.**

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------