## Пациент

Фамилия имя дата рождения

## Плательщик / получатель счёта к оплате

Фамилия имя дата рождения

профессия № служебного телефона

улица № домашнего телефона

почтовый индекс, населённый пункт

работодатель

медицинская страховка / организация или лицо, оплачивающие лечение

## Заявление о согласии

Уважаемый пациент!
Чтобы разгрузить себя от растущих административных затрат и освободить больше времени для моих пациентов, я сотрудничаю с компанией

PVS dental GmbH

Это дочерняя компания, созданная несколькими профессиональными объединениями, которые были образованы и управляются врачами и дантистами. Сотрудники компании обязаны – как и любой врач или дантист в Германии – соблюдать правила в отношении конфиденциальности и защиты информации. Свои гонорарные требования я доверительно уступаю компании PVS dental GmbH. Это значит, что компания PVS dental GmbH по моему поручению выставляет счета к оплате или взимает мои гонорарные требования. В случае судебной тяжбы компания PVS dental GmbH выступает стороной в процессе, а я как врач/дантист при необходимости буду заслушан в качестве свидетеля.

Однако я в любом случае остаюсь хозяином положения. Компания PVS dental GmbH следует моим указаниям. Это касается, в частности, размера гонорарных требований.

Я прошу Вас, поставив свою подпись под данным документом, дать мне Ваше – в отдельных случаях отменяемое – согласие на передачу компании PVS dental GmbH следующей информации, касающейся Вас лично и необходимой для выставления счетов к оплате, взиманию гонораров и уступки моих денежных требований: почтовый адрес, дата рождения, организация или лицо, оплачивающие лечение, количество дней лечения, выполненные мной работы и соответствующие диагнозы.

С уважением ,

коллектив Вашей
врачебной практики

Дата Подпись