

## Hasta

Soyadı Adı Doğum tarihi

## Ödeyecek olan / Fatura muhatabı

Soyadı Adı Doğum tarihi

Meslek İş telefonu

Cadde Ev telefonu

Posta kodu / Şehir

İşveren

Sağlık sigortası kurumu / Masrafları karşılayan kurum

## Muvafakat beyanı

Sayın hasta,  
Gittikçe artan idari işlemler yükümü azaltmak ve hastalarımın daha fazla zaman ayırabilmek için, aşağıdaki şirketle birlikte çalışmaktayım:



Bu şirket, doktorlar ve diş doktorları tarafından kurulmuş ve onlar tarafından idare edilmekte olan birden fazla mesleki kuruluşun kardeş şirketidir. Elemanları, tıpkı her doktorun ve her diş doktorunun olduğu gibi, gizlilik ve kişisel bilgilerin korunması hükümlerine tabi bulunmaktadır. Ücret alacaklarımı PVS dental GmbH'ya yediemin şeklinde devrediyorum. Bu işe, PVS dental GmbH şirketinin benim adıma fatura yazması ve ücret alacaklarımı tahsil etmesi anlamına gelmektedir. Herhangi bir hukuki anlaşmazlık durumunda dava tarafı PVS dental GmbH şirketi olup, ben ise ancak doktor/diş doktoru olarak şahit olarak dinlenebileceğim.

Ama ben de her halükarda bu davada yerimi alacağım. PVS dental GmbH şirketi benim talimatlarıma tabi olup, bu özellikle de ücret miktarları konusunda geçerlidir.

Sizden fatura yazma ve alacaklarımın tahsil ve devri için gerekli olan adres, doğum tarihi, masrafları karşılayan kurum, tedavi süresi, ücret tarifesine göre verilen hizmetler ile teşhisler gibi kişisel bilgilerinizi PVS dental GmbH şirketine iletebilmem için işbu **muvafakatı** – münferit durumlarda iptal edilebilecek şekilde – imzalamanızı rica ediyorum.

Saygılarımızla

Muayenehane ekibi

Tarih

İmza