

الاسم الكامل للمريض وعنوانه\*

تاريخ الميلاد

الاسم الكامل

تاريخ الميلاد

الشارع

الرمز البريدي، المدينة

العلاقة بالمريض:

☐ الأب ☐ الأم ☐ الوصي  
☐ آخر

حقل إجباري - يملأ باليد أو يطبع ببرامج المعالجة الإلكترونية

ACHTUNG!  
FORMULAR DIENT NUR  
ZUR ÜBERSETZUNG!

## تصريح بالموافقة بشأن بيع الديون

- أقر بموجب هذا موافقتي على أن يتم لأغراض إعداد فواتير الخدمات المقدمة، إرسال المعلومات المعنية اللازمة، وخصوصاً المعلومات المستمدة من سجل المرضى (الاسم، العنوان، تاريخ الميلاد، بيانات الفحص والعلاج PVS ويشار إليها فيما يلي بـ PVS dental GmbH التشخيصي) إلى شركة كما أوافق على أن يتم التنازل عن المبلغ المستحق لغرض تحصيله (PVS dental)، من قبل الشركة المذكورة.
- بإعداد فاتورة مقابل خدمات طبيب PVS dental وأوافق على أن تقوم الأسنان الذي يعالجي، وذلك باسمها الخاص وسحب المبلغ المستحق لحسابها الخاص. إذا كان هناك أي اختلاف في الآراء بشأن صحة المبلغ المستحق، فإنني موافق في هذه الحالة على أن يتم فضلاً عن ذلك إرسال البيانات المتضمنة في سجل المرضى واللازمة لتعليل الفاتورة. في حالة وقوع تكون عندها طرف النزاع PVS dental نزاعات قانونية أياً كانت، فإن شركة في القضية، فيما يجوز أن يتم الاستماع لأقوال طبيب الأسنان الذي يعالجي كشاهد. ولذا فإنني أعفي طبيب الأسنان بموجب هذا من واجب كتمان السر الطبي في هذا الإطار.
- أخول بموجب هذا طبيب الأسنان الذي يعالجي أن يطلب قبل بدء العلاج. لدى أحد مكاتب الاستعلامات المعنية أو إحدى مؤسسات الحماية الائتمانية (شركة Experian GmbH) أو أن أطلب معلومات بهذا الشأن من مؤسسة "شؤفا بالنسبة (SCHUFA)" يطلب معلومات بهذا الشأن من مؤسسة "شؤفا للفواتير التي تتجاوز قيمتها مبلغ 5,000 يورو. يتم إرسال البيانات إلى PVS dental مكتب الاستعلامات أو مؤسسة الحماية الائتمانية عبر شركة لا ترسل أي PVS dental شركة (Limburg) الكائنة في مدينة ليمبورغ بيانات خاصة بالمرضى إلى بنكنكم.
- يسري هذا التصريح بالموافقة أيضاً على المبالغ المستحقة الناشئة عن . العلاجات المستقبلية. يجوز الرجوع عن التصريح بالموافقة هذا بأثر لا يس. PVS dental. مستقبلي تجاه طبيب الأسنان أو بصفة خطية تجاه الرجوع عن الموافقة مشروعية معالجة البيانات التي تمت بناءً على التصريح بالموافقة حتى لحظة الرجوع عنه. في حالة الرجوع عن الموافقة، سيتم PVS dental. إيقاف إرسال البيانات ما بين العيادة وشركة

☐ (يرجى وضع علامة)

إرسال الفواتير إلكترونياً

إرسال فواتيري إلكترونياً. يتم التسليم بما يتوافق مع قوانين حماية البيانات عبر بوابة PVS dental أوافق على أن تقوم شركة مع تفعيل التوثيق بخطوتين (خدمة الرسائل النصية). أؤكد صحة رقم الهاتف المحمول التالي، PVS، المرضى التابعة لـ

\* أغراض تسهيل القراءة، تم الاستغناء عن استخدام الصياغات الخاصة بالجنسين. جميع الإشارات الشخصية تشمل جميع الفئات بشكل متساوٍ  
 \*\* في حال توقيع أحد الأبوين بمفرده بالنسبة للأطفال القاصرين، فإنه يؤكد بموجب ذلك صراحةً على توفر موافقة ولي الأمر الآخر

معلومات هامة بخصوص فاتورتكم الخاصة  
بالارتباط مع المادة 32 وما يليها من القانون الاتحادي (DSGVO) المادة 12 وما يليها من اللائحة العامة لحماية البيانات (الجديد (BDSG) لحماية البيانات)

عزيزي المريض / عزيزتي المريضة

نرجو منكم تخصيص لحظات قليلة من وقتكم خلال علاجكم، سيتم جمع ومعالجة بعض البيانات الخاصة بكم والتي تعتبر ضرورية لتنفيذ عقد العلاج. يمكن، وفقاً لأحكام حماية البيانات المعمول بها، نقل هذه البيانات إلى أطراف ثالثة (مثل المختبرات أو الأطباء المحالين) بالقدر اللازم لن يتم نقل بياناتكم الشخصية إلى أطراف أخرى إلا إذا كان ذلك مسموحاً به قانونياً أو إذا منحتكم موافقتكم الصريحة

لأغراض الفوترة المتعلقة بالخدمات المقدمة لكم، نعتزم التعاون مع شركة PVS dental GmbH (المشار إليها لاحقاً بـ PVS dental). هي شركة تابعة لاتحادات أطباء الأسنان الإقليمية وتتمتع بخبرة طويلة في مجال فوترة الخدمات الطبية السنية. يهدف هذا التعاون إلى تخفيف الأعباء الإدارية عن عيادتنا لنوفر لكم رعاية أفضل والتي تخضع لواجب PVS dental. يتم نقل بيانات فوترة العلاج إلى شركة السرية المهنية وأحكام قانون حماية البيانات لجميع الاستفسارات المتعلقة بالفوترة، يمكنكم التواصل مباشرة مع PVS dental عبر العنوان أو الهاتف التالي  
28580-0 6431 49+  
info@pvs-dental.de البريد الإلكتروني

نرجو منكم قراءة وتوقيع استمارة الموافقة المنفصلة المتعلقة بنقل البيانات لأغراض الفوترة، خاصة في حال نقل البيانات إلى شركات التأمين الصحي أو جهات خارجية.  
الموافقة طوعية تماماً  
لن يتأثر علاجكم سواء وافقتم أم لا

حسباً PVS dental يتم حفظ البيانات الصحية التي تعالجها شركة لأغراض الفوترة، وتُفيد فور انتهاء الحاجة منها.  
يتم حذف البيانات بعد انتهاء الفترات القانونية المحددة لحفظها لديكم الحق في طلب معلومات حول بياناتكم الشخصية، وتصحيح الأخطاء، بل وحتى حذف البيانات أو تقييد معالجتها في بعض الحالات لمعالجة أي استفسار متعلق بحماية البيانات، يمكنكم التواصل مباشرة مع: البريد الإلكتروني PVS dental مسؤول حماية البيانات في شركة  
datenschutz@pvs-dental.de  
لمزيد من المعلومات حول حماية البيانات، يمكنكم الاطلاع على بيان عبر الرابط التالي PVS dental الشفافية الخاص بشركة  
www.pvs-dental.de/datenschutz

لديكم أيضاً الحق في تقديم شكوى إلى الهيئة المختصة بحماية البيانات في حال اعتقدتم أنه قد تم معالجة بياناتكم بشكل غير قانوني.  
الهيئة المختصة  
مفوض حماية البيانات في ولاية هيسن  
صندوق بريد 3163، 65021 فيسبادن  
poststelle@datenschutz.hessen.de البريد الإلكتروني  
!شكراً لثقتكم  
فريق عيادتكم

ختم العيادة