

الاسم الكامل للمريض وعنوانه*	الاسم الكامل
تاريخ الميلاد	تاريخ الميلاد
	الشارع
	الرمز البريدي، المدينة
	العلاقة بالمريض
<b>ACHTUNG!</b> <b>FORMULAR DIENT NUR</b> <b>ZUR ÜBERSETZUNG!</b>	
<input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> آخر	<input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الوصي
حل اجباري - يملا باليد أو يطبع ببرامح المعالجة الالكترونية	

## تصريح بالموافقة بشأن بيع الديون

3. أخول موجب هذا طبيب الأسنان الذي يعالجي أن يطلب قبل بدء العلاج .  
لدى أحد مكاتب الاستعلامات الملعنة أو إحدى مؤسسات الحماية الاجتماعية  
معلومات ذات صلة ببيان جداري الائتمانية، أو أن (Experian GmbH) (شركة  
بالنسبة (SCHUFA) "يطبق معلومات بهذا الشأن من مؤسسة "شوفا"  
للواطئ التي تتجاوز قيمتها مبلغ 5,000 يورو. يتم إرسال البيانات إلى  
مكتب PVS dental مكتب الاستعلامات أو مؤسسة الحماية الائتمانية عبر شركة  
لا ترسل أي PVS dental شركة (Limburg). الكائنة في مدينة يمبورغ  
بيانات خاصة بالمرتضى إلى بيتكم .
  4. يسري هذا التصريح بالموافقة أيضاً على المبالغ المستحقة الناشطة عن .  
العلاجات المستقبلية. يجوز الرجوع عن التصريح بالموافقة هذا بأثر  
لا يمتد PVS dental مستقبلي تجاه طبيب الأسنان أو بصفة خطية تجاه  
الرجوع عن الموافقة مشروعاً معالجة البيانات التي تقت بنا على التصريح  
بموافقة حتى لحظة الرجوع عنه. في حالة الرجوع عن الموافقة، سيتم  
إيقاف إرسال البيانات ما بين العيادة وشركة PVS dental.

□ (يرجى وضع علامة)

إرسال الفواتير الكترونياً

\* أعراض تسهيل القراءة، تم الاستغناء عن استخدام الصياغات الخاصة بالجنسين. جميع الإشارات الشخصية تشمل جميع الفئات بشكل متساوٍ  
\*\* في حال تقييم أحد الآباءين بمفرده بالنسبة للأطفال القاصرين، فإنه ينكمش بموجب ذلك صراحةً على تقويم مواقفه ولمِ الامر 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) لحماية البيانات (BDSG)

عزيزي المريض / عزيزتي المريضة

نرجو منكم تخصيص لحظات قليلة من وقتكم  
خلال علاجكم، سistem جمع و معالجة بعض البيانات الخاصة بكم والتي  
تعبر ضرورة 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 مسروحاً  
به قانونياً أو إذا منحتم موافقكم الصريحة

لأغراض الفوترة المتعلقة بالخدمات المقدمة لكم، نتعزز التعاون مع شركة  
PVS dental GmbH (الشارع إليها لامقاً ب)  
هي شركة تابعة لاتحادات أطباء الأسنان الإقليمية وتتمتع  
بخبرة طويلة في مجال فوترة الخدمات الطبية السنوية.  
يهدف هذا التعاون إلى تخفيف الأعباء الإدارية عن عيادتنا لنوفر لكم  
رعاية أفضل  
والتي تتضمن واجب PVS dental يتم نقل بيانات فوترة العلاج إلى شركة  
السرية المهنية وأحكام قانون حماية البيانات  
PVS لجميع الاستفسارات المتعلقة بالفوترة، يمكنكم التواصل مباشرة مع  
غير العيادة أو الهاتف التالي dental 28580-0 6431 49+  
البريد الإلكتروني: info@pvs-dental.de

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

حضر يا PVS يتم حفظ البيانات الصحية التي تعاملها شركة  
لأغراض الفوترة، ونُفِّيَّد فور انتهاء الحاجة منها  
 يتم حذف البيانات بعد انتهاء الفترات القانونية المحددة لحفظها  
لديكم الحق في طلب معلومات حول بيانكم الشخصي، وتصحيح  
الأخطاء، بل وحتى حذف البيانات أو تقييد معالجتها في بعض الحالات  
لمعالجة أي استفسار متعلق بحماية البيانات، يمكنكم التواصل مباشرة مع  
غير البريد الإلكتروني PVS مسؤول حماية البيانات في شركة  
datenschutz@pvs-dental.de  
لزيادة المعلومات حول حماية البيانات، يمكنكم الاطلاع على بيان  
غير 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 بيانكم بشكل غير قانوني  
الهيئة المختصة  
مفوض حماية البيانات في ولاية هيسن  
صندوق بريد 65021, 3163 فيسنادن  
البريد الإلكتروني: poststelle@datenschutz.hessen.de  
شكراً لتفانيكم  
فريق عيادتكم

ختم العيادة