

Фамилия, имя и адрес пациента*

Дата рождения

Обязательное поле заполнить вручнуили электронным способом



Фамилия, имя

Дата рождения

Улица

индекс, населенный пункт

Кем приходится пациенту:

☐ Отец ☐ Мать ☐ Опекун

☐ или

ЗАЯВЛЕНИЕ ОСОГЛАСИИ НАФАКТОРИНГ

1.Я согласен на передачу информации, требуемой для расчета за оказанные услуги, вчастности, информации, взятой изамбулаторной карты (фамилия имени, Дата рождения, адрес , диагноз, данные обследования и данные о лечении), а такжес переуступкой требования вцелых взимания средств в пользу фирмы PVS dental GmbH (кратко: PVS dental).

2.Я выражаюсвоесогласие нато,чтофирма PVS dentalотсвоего именибудетвключать в счет услуги моего врача/ стоматолога и получать гонорары по своим счетам за собственный счет. При различных мнениях о правомочии задолженности Я выражаю свое согласие на передачу дополнительных данныхизамбулаторной карты,требуемыхдля обоснованиясчета. Вслучаевозникновения правового спора фирма PVS dental является стороной в гражданском процессе, а мойврач/стоматолог можетбытьвыслушанв качестве свидетеля. Вэтом случае настоящим я втожевремя освобождаюсвоего врача/стоматологаот обязанностисохранения врачебнойтайны.

3.Я уполномочиваю своего врача/стоматолога перед началомлечения навести справки в справочном агентстве иливорганизации по оценке платежеспособности (Experian GmbH) относительно моей платежеспособности, апристоимости услуг свыше 5.000 Евро – вГарантийном обществе кредитного обеспечения (Schufa). Передача данных в справочное агентство или организацию по оценке платежеспособности осуществляется черезфирму PVS dental, Лимбург. Фирма PVS dental не передает Данные пациента вкакой-либо банк.

4.Это заявление действительно такжедля требований, возникающих из будущего лечения. Его действие набудущеевремя в отношении моего врача/ стоматолога илифирмы PVS dentalможнопрекратить письменно в любое время. Отзыв согласия незатрагивает правомерность обработки , осуществленной на основании этого согласия ранее. В случае отзыва Дальнейшая передача данных между клиникой и фирмой PVS dental больше не производится .

☐ ПОЖАЛУЙСТА, ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ
ЭЛЕКТРОННАЯ ДОСТАВКА СЧЕТОВ

Я даю согласие на электронную доставку моих счетов компанией PVS dental. Доставка осуществляется в соответствии с нормами защиты данных через пациентский портал PVS с использованием двухфакторной аутентификации посредством SMS. Я подтверждаю правильность указанного ниже номера мобильного телефона:

* Для улучшенияудобочитаемости в этом документе не используетсяодновременно мужская иженская язы ковые формы. Все обозначения лиц в равной мередействительны для обоих полов.

** Подписавшийся родительдетей, недостигших совершеннолетнего возраста, гарантирует согласие отсутствующего обладателя родительских прав.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВАШЕЙ ЛИЧНОЙ ОТЧЕТНОСТИ

(статья 12 и далее ОРЗД в совокупности с §§ 32 и далее Федерального закона о защите данных – новая редакция)

Уважаемый пациент,

Просим Вас уделить немного своего времени и внимательно ознакомиться с этим документом. В рамках Вашего лечения о Вас скапливаются данные, которые должны обрабатываться в необходимом объеме для исполнения договора о медицинском обслуживании. Эти данные с учетом соответствующих предписаний по защите данных в необходимом объеме могут передаваться третьим лицам (напр., лаборатории, врачи, продолжатели лечения). Мы передаем Ваши персональные данные третьим лицам только в том случае, если это разрешено законом или Вы дали на это согласие.

Осуществлять расчеты за оказанные Вам услуги мы намерены уполномочить фирму PVS dental GmbH (кратко: PVS dental). Фирма PVS dental – это дочернее предприятие нескольких профессиональных расчетных центров частных врачей с многолетним опытом отчетности в области стоматологии. Целью этого сотрудничества – снять нагрузку с нашей администрации в вопросах расчетов и помочь Вам в случае проблем с возмещением расходов. Таку нас остается больше времени на оптимальное лечение наших пациентов. Расчет Ваших гонораров при этом осуществляется по нашим требованиям.

Получателем данных является фирма PVS dental. На фирму PVS dental, как и на нас самих, как носителей врачебной тайны, распространяются положения законной обязанности сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных. По всем вопросам касательно порядка расчетов мы можем связаться с фирмой PVS dental, как своим компетентным контактным лицом, по указанному адресу или тел.: +49 6431 28580-0 или по электронной почте: info@pvs-dental.de

Поэтому мы просим Вас прочесть приведенное на обратной стороне заявление о согласии и выразить свое согласие на описанный порядок расчета гонораров, в частности, на передачу требуемых для этого данных

Вашему здоровью. Ваше согласие носит добровольный характер. Ваше лечение не зависит от заявления о согласии!

После того, как потребность в данных о здоровье, обрабатываемых фирмой PVS dental, отпадает, они блокируются для дальнейшего использования, а по истечении законодательных сроков хранения информации уничтожаются.

Вы имеете право получать информацию о Ваших персональных данных. Вы также можете потребовать исправить неверные данные. Кроме того, при определенных условиях вы имеете право на удаление данных, право на ограничение их обработки и право на переносимость данных. Свои вопросы касательно защиты данных просим Вас направлять непосредственно уполномоченному по защите данных фирмы PVS dental (datenschutz@pvs-dental.de). Дополнительную информацию о защите данных в фирме PVS dental вы найдете в заявлении о достоверности и полноте информации в интернете по ссылке www.pvs-dental.de/datenschutz

Вы также имеете право подать жалобу в соответствующий орган по надзору за защитой данных, если считаете, что обработка Ваших персональных данных осуществляется незаконно. Контактные данные компетентного органа по надзору:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
Электронная почта:
poststelle@datenschutz.hessen.de

Благодарим за доверие! Ваша клиника

Praxisstempel

PVS dental GmbH

Auf der Heide 4, 65553 Limburg

Tel. +49 6431 28580-0

info@pvs-dental.de | www.pvs-dental.de

