

Больничная касса или

Фамилия, имя и адрес пациента*

Дата рождения

ACHTUNG!
FORMULAR DIENST NUR
ZUR ÜBERSETZUNG!

Обязательное поле заполнить вручнуюили электронным способом

Законный представитель (при наличии) **

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, в частности, информации, взятой изамбулаторной карты (фамилия имя, Дата рождения, адрес , диагноз, данные обследования и данные о лечении), а также переуступкой требования в целях взимания средств в пользу фирмы PVS dental GmbH (кратко: PVS dental).

2. Я выражаю свое согласие на то, что фирма PVS dental от своего имени будет включать 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 данных изамбулаторной карты, требуемых для обоснования счета. В случае возникновения правового спора фирма PVS dental является стороной в гражданском процессе, а мой врач/стоматолог может быть вызван в качестве свидетеля. В этом случае настоящим я вхожу в землю своего врача/стоматолога и освобождаю его от ответственности за сохранение врачебной тайны.

3. Я уполномочиваю своего врача/стоматолога перед началомлечения навести справки в справочном агентстве или организации по оценке платежеспособности (Experian GmbH) относительно моей платежеспособности, априостимости услуг выше 5.000 Евро – в Гарантийном обществе кредитного обеспечения (Schufa). Передача данных в справочное агентство или организацию по оценке платежеспособности осуществляется через фирму PVS dental, Лимбург. Фирма PVS dental не передает данные пациента в какой-либо банк.

4. Это заявление действительно такжедля требований, возникающих из будущего лечения. Его действие набудущее время в отношении моего врача/ стоматолога или фирмы PVS dental можно прекратить письменно в любое время. Отзыв согласия не затрагивает правомерность обработки , осуществленной на основании этого согласия ранее. В случае отзыва дальнейшая передача данных между клиникой и фирмой PVS dental больше не производится .

ПОЖАЛУЙСТА, ОМЕТЬТЕ 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 улучшения удобочитаемости в этом документе не используется одновременно мужская и женская языковые формы. Все обозначения лиц в равной мере действительны для обоих полов.

** Подписавшийся родитель детей, 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,

Примите Васуделить немногосвоего времени внимательно ознакомиться с этими документом.

В рамках Вашеголечения оВасскапливаются данные, которые должны обрабатываться в необходимом объеме для исполнения договора омедицинском обслуживании. Эти данные с учетом соответствующих предписаний позашите данных в необходимом объеме могут передаваться третьим лицам (напр., лаборатории, врачи, продолжающие лечение). Мы передаем Ваши персональные данные третьим лицам только в том случае, если это разрешено законом или выдали наэто 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. Цель 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 из защиты персональных данных. По всем вопросам касательно порядка расчетов может связаться с фирмой PVS dental, как своим компетентным контактным лицом, по указанному адресу
илилтел.: +49 6431 28580-0 или по электронной почте: info@pvs-dental.de

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

Вашем здоровье. Ваше согласие носит добровольный характер. Ваше лечение не зависит от заявления осогласии!

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 позашите данных фирмы PVS dental (datenschutz@pvs-dental.de). Дополнительную информацию о защите данных в фирме PVS dental Вы найдете в заявлении одостоверности и полноте информации в интернет-посылке www.pvs-dental.de/datenschutz

Вы также имеете право подать жалобу в соответствующий орган по надзору за защите 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 задование! 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