

Hastanın adı, soyadı ve adresi*	Doğum tarihi
ACHTUNG! FORMULAR DIENT NUR ZUR ÜBERSETZUNG!	
Doldurulması zorunlu alan - Elyazısıyla doldurulacakya dabilgisayar aracılığıyla yazdırılacaktır	

Adı, soyadı
Doğum tarihi
Sokak
Posta kodu, şehir
Hastayla ilişkisi:
☐ Baba ☐ Anne ☐ Vasi
☐ veya

FATURALANDIRMA ONAM (RIZA) FORMU

1. Aldığım hizmetlerin hesaplaşma vefatura-lama işlemlerinin gerçekleştirilebilmesi için, hasta kart dosyamdaki bilgilerimin (isim, doğumta rihi, adres, tani, muayene ve tedavi verileri) başta olmak üzere, gerekli bilgilerin PVS dentalGmbH'ye (kısaca «PVS dental»olarak adlandırılacaktır) iletilmesinivetahsilat yapma amacıyla taleplerin kendilerine devredilmesini onaylıyorum.

2. Hekimim/dişhekimimtarafından gerçekleştirilen işlemleriçinoluşan ücrettalebinin, PVS dental'in kendiadinafatura düzenlemesiyle tahsiledilme sini onaylıyorum. Talebeilişkinih-tılaflarınmeydana gelmesi durumunda,fatura-landırma açıklaması yapılabilmesi için gerekli olan, hastakartdosy amda yeralan diğer verilerin aktarılmasını da onaylıyorum. Herhangi birhukukianlaşmazlık durumunda, davamuha-tabı PVS dental GmbH olacak ve hekimimin/diş hekimimintanıkolarak ifade vermesi gerekli olabilir. Buyüzden, he kimimi/diş hekimimi işbu olur beyanımıla aynı zamanda ilgili tıbbi gizlilik ilkesinden de muaf tutuyorum.

3. Hekimime/dişhekimime,tedaviyebaşlama-dan önce birkredi ajansından veya kredi koru-ma kuruluşundan (Experian GmbH) ödeme ye-teneğime dair bilgi isteme veya 5.000 euroyu aşan fatura tutarlarında Schufa kuruluşundan bilgi alma yetkisini veriyorum. Verilerin kredi ajansına veya kredi koruma kuruluşuna iletil-mesi Limburg, PVS dental tarafından gerçek-leştirilecektir. PVS dental, hastaverilerini ban-kalara iletmez.

4. Bu beyan, gelecekteki tedavilerden doğacak olan talepler için de geçerli olacaktır. Gelecek kullanımlaritibareng geçerli olmaküzere verilen onam (riza), hekime/diş hekimine veya PVS dental'e yazılı olarak bildirerek istenen vakit geri çekilebilir. Onamingeri çekilmesi, geri çe kilme tarihine kadaryürütülmüş olan verilerin işlenmesinin meşruluğunu etkilemez.Onamin geri çekilmesi durumunda muayenehane ile PVS dentalarasında yürütülen veri alışverişine devam edilmez.

☐ LÜTFEN İŞARETLEYİNİZ

DİJİTAL FATURA GÖNDERİMİ

PVS dental'in faturalarını elektronik ortamda göndermesine onay veriyorum. Gönderim, PVS Hasta Portalı üzerinden veri koruma yönetmeliğine uygun şekilde ve SMS hizmeti yoluyla iki faktörlü kimlik doğrulama ile yapılır. Aşağıda belirtilen cep telefonu numarasının doğruluğunu onaylıyorum:

* Resit olmayan çocuklarda; tek başına imzalayanveli, hazırbulunmayan diğervelinin de rızasının bulunduğu

**Resit olmayan çocuklarda ebeveynlerden yalnızca biri imza attığında, diğer velinin de rızasının bulunduğunu açıkça beyan ve taahhüt eder.

FERDİ FATURALANDIRMAYA İLİŞKİN ÖNEMLİ BİLGİLER

(Alman Genel Veri Koruma Yönetmeliği'nin (DSGVO) 12. maddesi ve bağlantılı olarak Yeni Federal Veri Koruma Yasası'nın (BDSG-neu) 32. fıkrası)

Değerli Hasta,
Bunu okumak için lütfen vakit ayırınız. Tedaviniz çerçevesinde, tedavi sözleşmeniz yerine getiri-
rilebilmesi için, işlenmesi gereken veriler gerekli-
ölçüde toplanmaktadır. Bu veriler, ilgili veri ko-
ruma düzenlemelerini göz önünde tutarak, gerekli-
düzeyle üçüncü taraflara (örn. laboratuvarlara,
tedaviyi devam ettiren hekimlere) iletilir. Kişisel
verilerinizi ancak yasaların buna izin vermesi
veya sizin buna rızanız bulunması durumunda
üçüncü taraflara aktarırız.

Tarafımızca aldığınız hizmetlerin faturalandırılması
için, PVS dental GmbH'yi (kısaca "PVS dental")
yetkilendirmek niyetindeyiz. PVS dental, dış
hekimliği hesaplaşma ve faturalandırma alanın-
da uzun yıllık tecrübesi bulunan, hekimler ve dış
hekimleri tarafından kurulmuş olup yine onlara tar-
afından yönetilmekte olan birden fazla ortak mesleki
kuruluşa bağlı, özelsağlık hizmetleri takas odalarının
bir şirkettir. Bu iş birliğinin amacı, faturalandırmada-
ki idari ve mali yükünün azaltılmasının ve ücret iade sorunlarında size
destek olabilmesini sağlamaktır. Busayede,
hastalarımıza en iyi şekilde hizmet verebilmek için
gerekli olan zamanı kazanmaktayız. Faturanız,
Ücret Yönetmeliğimize göre düzenlenir.

Verilerin alıcısı, PVS dental'dir. PVS dental, aynı
bizler gibi, gizlilik kurallarına uymakla yükümlü
birmeslek mensubudur ve bunun sonucu olarak
yasal sır mükellefiyetine ve veri koruma düzenle-
melerine tabidir. Faturalandırmaya ilişkin her türlü
sorularınızda, size uzman bilgi sağlayacak PVS
dental'e aşağıda verilen adres üzerinden ya da
+49 6431 28580-0 no.lu telefondan ulaşabilirsiniz.
Veya e-posta yoluyla: info@pvs-dental.de

Buyuzden sizden, arka sayfada yeralan onam
formunu okumanızı ve faturanın düzenlenmesine,
özellikle bunun için gerekli olan sağık verilerinin
aktarılmasına ilişkin işlemlere dair ağık rızanızı
vermenizi rica ediyoruz. Onam vermeniz, gönüllük
esasına dayanmakta olup isteğe bağıdır. Teda-
viniz, onam verip vermemenizden hiçbir şekilde
etkilenmez!

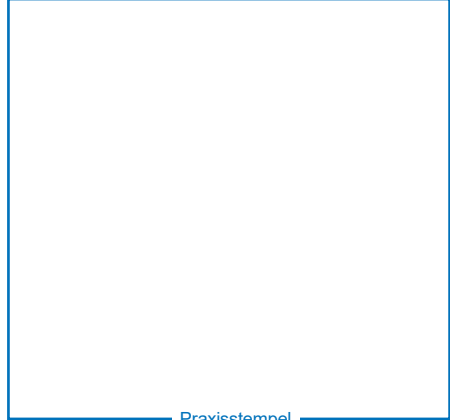
PVS dental tarafından işleme alınan sağık veri-
leri, ihtiyaç halitama landığı anda bloke edilirse
yasal saklama süresi dolduğunda silinir.

Sizinle ilgili toplanan kişisel verileriniz hakkında
bilgilendirilme hakkına sahipsiniz. Doğru olma-
yan verilerin düzeltilmesini de aynı şekilde talep
edebilirsiniz. Bunun yanı sıra, belirli şartların
yerine getirilmesi durumunda, verilerinizin silin-
mesi, verilerin kullanılmasının ve paylaşılmasının
kısıtlanması hakkına da sahipsiniz. Veri korumaya
ilişkin talepleriniz için lütfen doğrudan PVS dental
Veri Koruma Sorumlusu ile irtibat geçiniz
(datenschutz@pvs-dental.de). PVS dental'in Veri
Koruma Politikaları na ilişkin daha fazla bilgi edinme-
kiçin, her zaman internet üzerinden ulaşılabilir olan
PVS Şeffaflık Beyanına da göz atabilirsiniz:
www.pvs-dental.de/datenschutz

Bunun yanı sıra, kişisel verilerinizin yasalara
aykırı şekilde işlendiğinden üzdüğünüzde, Verilerin
Korunması Gözetim Merkezine başvurarak, şikayet
etme hakkına sahipsiniz. İlgili Gözetim
Merkezinin irtibat bilgileri aşağıdaki gibidir:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
Ücret Yönetmeliğimize göre düzenlenir.
E-posta: poststelle@datenschutz.hessen.de

Biz teşekkür etmiş olduğunuz güven için
teşekkür ederiz!
Muayenehane Ekibiniz



Praxisstempel

PVS dental GmbH

Auf der Heide 4, 65553 Limburg

Tel. +49 6431 28580-0

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

