

Прізвище, ім'я та адреса пацієнта*

Дата народження

ACHTUNG!
FORMULAR DIENT NUR
ZUR ÜBERSETZUNG!

Прізвище, ім'я

Дата народження

Вулиця

Індекс, населений пункт

Ким доводиться пацієнту:

☐ Батько ☐ Мати ☐ Опікун☐ інше

Обов'язкове поле— заповнювати відруки або роздруковувати з електронного пристрою

ПІДТВЕРДЖЕННЯ УГОДИ (ФАКТОРИНГ)

1. Я даю згоду на те, щоб мого лікаря/зубного лікаря оформлявся на ім'я компанії PVS dental та оплата переказувалась цій компанії. У разі виникнення розбіжностей щодо правомірності оплати, я згоден на подальшу передачу інших необхідних даних з моєї картки пацієнта для обґрунтування виставленого рахунку. У разі можливого правового конфлікту компанія PVS dental може виступати на слуханнях стороною процесу, а мій лікар/зубний лікар— свідком. І тут одночасно звільняю мого лікаря/зубного лікаря від обов'язку зберігати лікарську таємницю.

2. Я погоджуюсь на те, щоб рахунок за послуги мого лікаря/зубного лікаря оформлявся на ім'я компанії PVS dental та оплата переказувалась цій компанії. У разі виникнення розбіжностей щодо правомірності оплати, я згоден на подальшу передачу інших необхідних даних з моєї картки пацієнта для обґрунтування виставленого рахунку. У разі можливого правового конфлікту компанія PVS dental може виступати на слуханнях стороною процесу, а мій лікар/зубний лікар— свідком. І тут одночасно звільняю мого лікаря/зубного лікаря від обов'язку зберігати лікарську таємницю.

3. Я уповноважую мого лікаря/зубного лікаря до початку лікування зібрати інформацію про мою платоспроможність або оплати рахунків на суму понад 5000 євро в бюро кредитних історій або агентства захисту кредитів (Experian GmbH).

Передача даних в бюро кредитних історій або в агентство захисту кредитів здійснюється через PVS dental, Лімбург. Компанія PVS dental не передаватиме жодному банку жодних даних про пацієнта.

4. Ця згода діє згода діє також і на платежі за подальше лікування. Ця згода може бути будь-коли відкликана у мого лікаря/зубного лікаря або у компанії PVS dental у письмовій формі і не матиме ефекту в майбутньому. Відкликання згоди не стосуватиметься законності обробки даних, переданих до моменту відкликання згоди. У разі відкликання згоди передача даних між клінікою та компанією PVS dental більше не здійснюватиметься.

☐ БУДЬ ЛАСКА, ПОЗНАЧТЕ ХРЕСТИКОМ

ЕЛЕКТРОННА ДОСТАВКА РАХУНКІВ Я даю згоду на те, щоб PVS dental надсилала мені рахунки в електронному вигляді. Доставка здійснюється відповідно до правил захисту персональних даних через портал пацієнта PVS із двофакторною автентифікацією за допомогою SMS-сервісу. Я підтверджую правильність вказаного нижче номера мобільного телефону:

* Форми жіночого і чоловічого роду не використовуються з метою зручності читання.

Усі особисті позначення ставляться однаково особистою особою.

** У випадку, якщо дитина не досягла повноліття, за неї підписується один з батьків, при цьому чітко підтверджуючи, що таке згода ідентичної особи, яка має батьківські права

ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ОСОБИСТОЇ ОПЛАТИ

(Зі статті 12 Загального регламенту захисту даних у поєднанні з параграфами нової редакції Федерального закону прозахистданих, починаючи з§ 32)

Шановнапацієнтка, шановнийпацієнте,

Просимо Вас надати нам небагато часу. В рамках Вашого лікування та для виконання умов контракту нам буде потрібно у необхідному обсязі отримати та обробити дані проВас. Цідані у необхідній кількості придотриманні всіхприписівпро захист даних можуть бути передані третій стороні (напр., лабораторії або лікарям, які здійснюють подальше лікування). Ціособисті дані мипередаємо третім особам лише в тому випадку, якщо це дозволено законом абоякщо нацеотриманоВашузгоду. Виставлення рахунку за надані послуги ми плануємо доручити компанії PVS dental GmbH (скорочено- PVSdental). КомпаніяPVSdental- цеодчирненіпідприємство численних розрахункових центрів із багаторічним досвідом роботи з виставлення рахунківза послуги приватних стоматологічних клінік. Мета цієї співпраці- звільнити управління нашої клініки від питань виставлення рахунківта сприяти при виникненні проблем із відшкодуванням вартості лікування. Таким чином, МИ Виграємо більше часу для оптимального обслуговування наших пацієнтів. Рахунок Вамвиставлятиметься заданими, наданими нашоюклінікою.

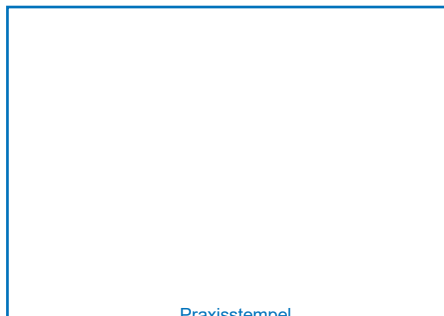
Одержувачемданихє PVS dental. Компанія PVS dental,як і ми самі, є носіємслужбової таємниціта підпорядковується положенням закону про охорону даних та збереження лікарської таємниці. З усіх питань, пов'язаних з виставленням рахунку, звертайтеся до Вашого компетентного консультанта- компанії PVS dental - за вказаною поштовою адресою, а також за номером телефону або електронною поштою:тел. +49 6431 28580-0 E-Mail: info@pvs-dental.de

Михотіли б Вас попросити прочитатитекст Декларації назворотній сторінціта дати свою згоду наописанітам дії щодовиставлення рахунку особливо На передачу необхіднихданих простан Вашогоздоров'я.

Цязгодаєдобровільною . Вашелікування здійснюватиметься незалежновіднадання згоди!

Доступ до даних про Ваше здоров'я, оброблених компанією PVS dental, буде заблокований після того, як потреба в них відпаде, а після закінчення встановленого законодавством терміну зберігання цідані будуть стерті. Ви маєте право запросити інформацію проособистідані, щостосуються Вас.Витакожможетевимагати виправлення невірнихданих.Крімцього,за певнихумов у Вас є право назнищенняданих, правона обмеження обробки, а також передачі цих даних.Свої побажаннящодозахистуданих надсилайте, будь ласка, безпосередньо співробітнику PVS dental, відпо дальшому зазахистданих (datenschutz@pvs-dental.de). Більше інформації про захист даних у компанії PVS dental Ви зможете знайти у Декларації інформаційної прозорості компанії PVS dental за лінком: www.pvs-dental.de/datenschutz Ви вважаєте, що обробка Ваших персональних даних здійснювалася незаконно, Ви маєте право надалі звернутися зі скаргою до уповноважених наглядових органів із захисту даних. Контактні дані уповноваженого органу наглядю: Уповноважений іззахисту данихземлі Гессен Postfach 3163,65021 Wiesbaden E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Дякуємоза Вашудовіру!
КолективВашоїклініки



Praxisstempel

PVS dental GmbH

Auf der Heide 4, 65553 Limburg

Tel. +49 6431 28580-0

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

