

اسم العائلة، الاسم الشخصي وعنوان المريض*	اسم العائلة، الاسم الشخصي
تاريخ الولادة	تاريخ الولادة
	الشارع
	الرمز البريدي، المكان
	الصلة بالمريض
	قائم على الرعاية <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/>
	أو <input type="checkbox"/>

حقل إجباري يملأ باليد أو يطبع ببرامج المعالجة الإلكترونية

ACHTUNG!
FORMULAR DIENT NUR
ZUR ÜBERSETZUNG!

رقم الهاتف (الخاص)

المهنة/صاحب العمل

تصريح بالموافقة

وقوع نزاعات قانونية أيا كانت فإن شركة PVS dental تكون عندها طرف النزاع في القضية، فيما يجوز أن يتم الاستماع لأقوال الطبيب/طبيب الأسنان الذي يعالجني كشاهد. ولذا فأنتي أعفي الطبيب/طبيب الأسنان بموجب هذا من واجب كتمان السر الطبي في هذا الإطار.

3. يسري هذا التصريح بالموافقة أيضا على المبالغ المستحقة الناشئة عن العلاجات المستقبلية. يجوز الرجوع عن التصريح بالموافقة هذا رجوعا ذي أثر مستقبلي تجاه الطبيب/طبيب الأسنان أو بصفة خطية تجاه PVS dental. لا يمس الرجوع عن الموافقة بمشروعية معالجة البيانات التي تمت بناء على هذا التصريح بالموافقة حتى لحظة الرجوع عنه. سيتم في حالة الرجوع عن الموافقة إيقاف إرسال البيانات ما بين العيادة وشركة PVS dental.

1. أصرح بموجب هذا بموافقتي على أن يتم لأغراض إعداد فواتير الخدمات المقدمة إرسال المعلومات المعنية اللازمة، ومنها خصوصا المعلومات المستمدة من سجل المرضى (الاسم، تاريخ الولادة، العنوان، التشخيص، بيانات الفحص والعلاج)، إلى شركة PVS dental GmbH (ويشار إليها اختصارا فيما يلي بـ PVS dental)، كما أوافق على أن يتم التنازل عن المبلغ المستحق لغرض تحصيله من قبل الشركة المذكورة.

2. وأوافق على أن تقوم PVS dental بإعداد فاتورة مقابل خدمات الطبيب/طبيب الأسنان الذي يعالجني وذلك باسمها الخاص وسحب المبلغ المستحق لحسابها الخاص. إذا كان هناك أي اختلاف بالأراء بشأن صحة المبلغ المستحق، فأنتي موافق في هذه الحالة على أن يتم فضلا عن ذلك إرسال البيانات المضمنة في سجل المرضى واللازمة لتعليق الفاتورة. في حالة

* يتم هنا من أجل تحقيق قدر أكبر من السلاسة في القراءة التخلي عن استعمال صيغة المذكر والمؤنث في ان واحد. تنطبق كافة التسميات المستخدمة المتعلقة بالأشخاص على كلا الجنسين على حد سواء.

** عند توقيع أحد الأبوين بمفرده بالنسبة للأطفال القاصرين، فإنه يؤكد بموجب ذلك صراحة على توفر موافقة ولي الأمر الآخر.

معلومات هامة بشأن المحاسبة الخاصة

(المادة 12 وما يليها من اللائحة الأساسية لحماية البيانات (DSGVO) ارتباطا بالمادة 32 وما يليها من القانون الاتحادي لحماية البيانات (BDSG) (جديد)

حضرة المريض المحترم، حضرة المريضة المحترمة،

يحق لكم الحصول على معلومات بشأن البيانات الشخصية المتعلقة بكم. يمكنكم أيضا المطالبة بتعديل البيانات غير الصحيحة. كما أنكم تتمتعون فضلا عن ذلك في ظل شروط معينة بحق طلب حذف بياناتكم وتقييد نطاق معالجتها وبحق نقلها. يرجى توجيه استفساراتكم المتعلقة بحماية البيانات مباشرة إلى مفوضي حماية البيانات لدى شركة PVS dental (datenschutz@pvs-dental.de). تجدون المزيد من المعلومات حول حماية البيانات لدى PVS dental في بيان الشفافية الخاص بـ PVS والذي يمكنكم استدعائه في أي وقت كان على الموقع www.pvs-dental.de/datenschutz.html

يرجى أن تأخذوا لأنفسكم بعض الوقت. تنشأ في إطار علاجكم بيانات متعلقة بكم لا بد من معالجتها من أجل الإيفاء بعقد علاجكم في النطاق اللازم. من الممكن في ظل مراعاة الأحكام القانونية المعنية المتعلقة بحماية البيانات أن يتم إرسال هذه البيانات في النطاق اللازم إلى أطراف أخرى (ومنها مثلا المختبرات، الأطباء القائمين على مواصلة علاجكم). نحن لا نقوم بإرسال بياناتكم الشخصية لأطراف أخرى إلا إن كان ذلك جائزا قانونيا أو إن كنتم أنتم قد وافقتم على ذلك.

كما أن من حقكم أيضا تقديم شكوى لدى دائرة الرقابة المختصة بحماية البيانات إن كنتم ترون أن معالجة بياناتكم الشخصية غير شرعية. فيما يلي بيانات الاتصال بدائرة الرقابة المختصة:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
البريد الإلكتروني: poststelle@datenschutz.hessen.de

شكرا جزيلاً لكم على ثقتكم!

طاقم عيادتكم

نحن نعتزم أن نقوم بتكليف شركة PVS dental GmbH (ويشار إليها فيما يلي اختصاراً بـ PVS dental) بإعداد فواتير الخدمات التي نقدمها لكم. شركة PVS dental شركة تابعة لعدد من الهيئات المهنية القائمة على إعداد الفواتير للأطباء الخاصين وهي تتمتع بخبرة طويلة في مجال إعداد فواتير أطباء الأسنان. يتمثل الغرض من هذا التعاون في تخفيف العبء عن القسم الإداري الخاص بنا فيما يتعلق بمسائل المحاسبة ولا سيما في تقديم الدعم لكم عند وجود مشاكل متعلقة برد التكاليف. وهذا بدوره يكسبنا المزيد من الوقت من أجل تقديم رعاية أمثل لمرضانا. يتم احتساب أتعابكم هنا وفقاً لمعايير مسبقة نحددها نحن.

الجهة المتلقية للبيانات هي شركة PVS dental. تخضع شركة PVS dental بصفقتها جهة ملزمة بكتمان السر المهني، مثلنا تماماً، للأحكام القانونية بشأن كتمان السر وحماية البيانات. يمكنكم في كافة المسائل الاتصال بشركة PVS dental كجهة اتصال كفاية على العنوان المذكور أو على رقم الهاتف: 00 28 58 - 31 064 أو عبر البريد الإلكتروني: info@pvs-dental.de.

لذا نرجوا منكم قراءة التصريح بالموافقة المرفق ومنحنا موافقتكم على الإجراءات المبينة هناك بشأن إعداد فاتورة الأتعاب، وخصوصاً بشأن إرسال البيانات الصحية اللازمة لأخرين. موافقتكم اختيارية علاجكم غير مرتبط بتصريح الموافقة هذا!

البيانات الصحية التي يتم معالجتها من قبل شركة PVS dental ستحظر ابتداء من لحظة انعدام إمكانية تحقيق الغرض المتوخى بسبب غياب ركيذته كما سيتم حذفها بعد انقضاء الأجل القانوني لحفظها.

ختم العيادة