

Больничная касса или

Законный представитель (при наличии)\*\*

Фамилия, имя и адрес пациента\*

дата рождения

ACHTUNG!  
FORMULAR DIENT NUR  
ZUR ÜBERSETZUNG!

Обязательное поле – заполнить вручную или  
электронным способом

Фамилия, имя

Дата рождения

Улица,

индекс, населен ный пункт

Кем приходится пациенту

Отец  Мать  Опекун  
 или \_\_\_\_\_

Номер телефона (личн.)

Специальность/ место работы

## ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ

1. Я согласен на передачу информации, требуемой для расчета за оказанные услуги, в частности, информации, взятой из амбулаторной карты (фамилия и имя, дата рождения, адрес, диагноз, данные обследования и данные о лечении), а также с 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 из амбулаторной карты, требуемых для обоснования счета. В случае возникшего правового спора фирма PVS dental является стороной в гражданском процессе, а мой врач/стоматолог может быть выслушан в качестве свидетеля. В этом случае настоящим я в то же время освобождаю своего врача/ стоматолога от обязанности сохранения врачебной тайны
3. Это заявление действительно также для требований, возникающих из будущего лечения. Его действие на будущее 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.

\* 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, не достигших совершеннолетнего возраста, гарантирует согласие отсутствующего обладателя родительских пр.

# 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, продолжающие лечение). 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. Цель этого сотрудничества – снять нагрузку с нашей администрации в вопросах расчетов и помочь Вам в случае проблем с возмещением расходов. Так у 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 можете связаться с фирмой PVS dental, как своим компетентным контактным лицом, по указанному адресу или тел.: 0 64 31- 28 58 00 или по электронной почте: [info@pvs-dental.de](mailto: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 о Вашем здоровье.

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](mailto:datenschutz@pvs-dental.de)). Дополнительную информацию о защите данных в фирме PVS dental Вы найдете в PVS-заявлении о достоверности и полноте информации в Интернете по ссылке [www.pvs-dental.de/datenschutz.html](http://www.pvs-dental.de/datenschutz.html)

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](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

Благодарим за доверие! Ваша клиника