

Прізвище, ім'я та адреса пацієнта*

народженого (дата)

ACHTUNG!
FORMULAR DIENT NUR
ZUR ÜBERSETZUNG!Обов'язкове поле — заповнювати від руки або
роздруковувати з електронного пристрою

Прізвище, ім'я

Дата народження

Вулиця

Індекс, населений пункт

Ким доводиться пацієнту:

☐ Батько ☐ Мати ☐ Опікун
☐ інше

Номер телефону (особист.)

Професія/Роботодавець

ПІДТВЕРДЖЕННЯ УГОДИ (ФАКТОРИНГ)

1. Я даю згоду на те, що з метою підрахунку вартості наданих послуг необхідна інформація, зокрема — взята з картки пацієнта (прізвище/ім'я, дата народження, поштова адреса, діагноз, дані обстежень та лікування), а також поступка прав вимоги для інкасо будуть передані компанії PVS dental GmbH (скорочено — PVS dental).
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 компанії PVS dental може виступати на слуханнях стороною процесу, а мій лікар/зубний лікар — свідком. І тут я 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 в агентстві захисту кредитів (Creditreform Boniversum 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 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.

Населений пункт / Дата

Підпис пацієнта чи його офіційного представника**

* Форми жіночого і чоловічого роду не використовуються з метою зручності читання. Усі особисті позначення ставляться однаково до осіб обох статей.

** У випадку, якщо дитина не досягла повноліття, за неї підписується один з батьків, при цьому чітко підтверджуючи, що також є згода і другої 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 про захист даних, починаючи з § 32)

Шановна пацієнтка, шановний пацієнте,

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 про Вас. Ці дані у необхідній кількості та при дотриманні всіх приписів про захист даних можуть бути передані третій стороні (напр., лабораторії або лікарям, які здійснюють подальше лікування). Ці особисті дані ми передаємо третім особам лише в тому випадку, якщо це дозволено законом або якщо на це отримано Вашу згоду.

Виставлення рахунку за надані послуги ми плануємо доручити компанії PVS dental GmbH (скорочено — PVS dental). Компанія PVS dental — це дочірнє підприємство численних розрахункових центрів із багаторічним досвідом роботи з виставлення рахунків за послуги приватних стоматологічних клінік. Мета цієї співпраці — звільнити управління нашої клініки від питань виставлення рахунків та сприяти при виникненні проблем із відшкодуванням вартості лікування. Таким чином, ми вираємо більше часу для оптимального обслуговування наших пацієнтів. Рахунок Вам виставлятиметься за даними, наданими нашою клінікою.

Одержувачем даних є PVS dental. Компанія PVS dental, як і ми самі, є носієм службової таємниці та 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. 06431-285800 / E-Mail: info@pvs-dental.de.

Ми хотіли б Вас попросити прочитати текст декларації на зворотній сторінці та дати свою згоду на описані там дії щодо виставлення рахунку особливо на передачу необхідних даних про стан Вашого здоров'я.

Ця згода є **добровільною**. Ваше лікування здійснюватиметься незалежно від надання 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 ці дані будуть стерті. Ви маєте право запросити інформацію про особисті дані, що стосуються Вас. Ви також можете вимагати виправлення невірних даних. Крім цього, за певних умов у Вас є право на знищення даних, право на обмеження обробки, а також передачі цих даних. Свої побажання щодо захисту даних надсилайте, будь ласка, безпосередньо співробітнику PVS dental, відповідальному за захист даних (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 нагляді:

Уповноважений із захисту даних землі Гессен
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Дякуємо за Вашу довіру!

Колектив Вашої клініки

_____ Печать клініки _____