

Sağlık sigortası veya ödeme yapacak taraf

Gerekli hallerde; yasal temsilcisi*

Hastanın soyadı, adı ve adresi

Soyadı, adı

Doğum tarihi

Doğum tarihi

ACHTUNG!
FORMULAR DIENT NUR
ZUR ÜBERSETZUNG!

Sokak

Posta kodu, şehir

Hastayla ilişkisi:

Baba

Anne

Vasi

veya

Doldurulması zorunlu alan – El yazısıyla doldurulacak ya da bilgisayar aracılığıyla yazdırılacaktır

Telefon numarası (özel)

Meslek/iş yeri

ONAM (RIZA) FORMU

- Aldığım hizmetlerin hesaplaşma ve fatura düzenleme işlemlerinin gerçekleştirilebilmesi için, hasta kart dosyamdaki bilgilerimin (isim, doğum tarihi, adres, tanı, muayene ve tedavi verileri) başta olmak üzere, gerekli verilerin PVS dental GmbH'ye (kısaca "PVS dental" olarak adlandırılacaktır) iletilmesini ve tahsilat yapma amacıyla taleplerin kendilerine devredilmesini onaylıyorum.
- Hekimim/diş hekimim tarafından gerçekleştirilen işlemler için oluşan ücret talebinin, PVS dental'in kendi adına fatura düzenlemesiyle tahsil edilmesini onaylıyorum. Talebe ilişkin ihtilafların meydana gelmesi durumunda, faturalandırma açıklaması yapılabilmesi için gerekli olan, hasta kart dosyamda yer alan diğer verilerin aktarılmasını da onaylıyorum. Herhangi

bir hukuki anlaşmazlık durumunda, dava muhatabı PVS dental GmbH olacak ve hekimimin/diş hekimimin tanık olarak ifade vermesi gerekli olabilir. Bu yüzden, hekimimi/diş hekimimi işbu olur beyanımla aynı zamanda ilgili tıbbi gizlilik ilkesinden de muaf tutuyorum.

- Bu beyan, gelecekteki tedavilerden doğacak olan talepler için de geçerlidir. Gelecek kullanımlar itibaren geçerli olmak üzere verilen onam (rıza), hekime/diş hekimine veya PVS dental'e yazılı olarak bildirerek istenen vakit geri çekilebilir. Onamın geri çekilmesi, geri çekilme tarihine kadar yürütülmüş olan verilerin işlenmesinin meşruluğunu etkilemez. Onamın geri çekilmesi durumunda muayenehane ile PVS dental arasında yürütülen veri alışverişine devam edilmez.

* Reşit olmayan çocuklarda; tek başına imzalayan veli, hazır bulunmayan diğer velinin de rızasının bulunduğunu açıkça taahhüt eder.

PVS dental GmbH

Auf der Heide 4, 65553 Limburg

Tel. 06431-285800 | Fax 06431-2858029

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



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 sözleşmenizin yerine getirilebilmesi için, işlenmesi gereken veriler gerekli ölçüde toplanmaktadır. Bu veriler, ilgili veri koruma düzenlemelerini göz önünde tutarak, gerekli düzeyde üçüncü taraflara (örn. laboratuvarlara, tedaviyi devam ettiren hekimlere) iletilebilir. 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, diş hekimliği hesaplama ve faturalandırma alanında uzun yıllık tecrübesi bulunan, hekimler ve diş hekimleri tarafından kurulmuş olup yine onlar tarafından yönetilmekte olan birden fazla ortak mesleki kuruluşu bağlı, özel sağlık hizmetleri takas odalarının bir şirkettir. Bu iş birliğinin amacı, faturalandırmadaki idari iş yükünün azaltılmasının ve ücret iade sorunlarında size destek olunabilmesini sağlamaktır. Bu sayede, 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 bir meslek mensubudur ve bunun sonucu olarak yasal sır mükellefiyetine ve veri koruma düzenlemelerine tabidir. Faturalandırmaya ilişkin her türlü sorularınızda, size uzman bilgi sağlayacak PVS dental'e aşağıda verilen adres üzerinden ya da 0 64 31- 28 58 00 no.lu telefondan ulaşabilirsiniz. Veya e-posta yoluyla: Info@pvs-dental.de.

Bu yüzden sizden, arka sayfada yer alan onam formunu okumanızı ve faturanın düzenlenmesine, özellikle bunun için gerekli olan sağlık verilerinin aktarılmasına ilişkin işlemlere dair açık rızanızı vermenizi rica ediyoruz. Onam vermeniz, gönüllük esasına dayanmakta olup isteğe bağlıdır. Tedaviniz, onam verip vermemenizden hiçbir şekilde etkilenmez!

PVS dental tarafından işleme alınan sağlık verileri, ihtiyaç hali tamamlandığında bloke edilir ve yasal saklama süresi dolduğunda silinir.

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

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

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

Bize göstermiş olduğunuz güven için teşekkür ederiz!
Muayenehane Ekibiniz