

## بیمار

نام خانوادگی

نام

تاریخ تولد

نشانی

پر کردن این کادر الزامی می‌باشد - به صورت دستنویس پر کنید یا از طریق پردازش الکترونیکی داده‌ها از آن پرینت بگیرید

## رضایت‌نامه

### در صورت وجود نماینده قانونی یا فرد دیگری که صورتحساب را دریافت می‌کند:

در افراد زیر 18 سال/ افراد فاقد توانایی انجام امور حقوقی/ افرادی که در حد محدود قادر به انجام امور حقوقی هستند

عنوان، نام، نام خانوادگی	تاریخ تولد
خیابان، پلاک	کد پستی، محل

### موافقت برای واگذاری مطالبه

من رضایت خود را اعلام می‌دارم.

- که دندانپزشک من، مطالبات ایجاد شده از فرایند درمان من را به ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG به آدرس Wertstr. 21, 40549 Düsseldorf (به اختصار ZA AG) واگذار کند
- و شرکت ZA AG این مطالبات را به Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (به اختصار apoBank) واگذار کند.

### معافیت از رازداری

- من دندانپزشک خود را از پایبندی به رازداری دندانپزشکی وی معاف می‌دارم و موافقت خود را با انتقال داده‌های ضروری (نام، تاریخ تولد، آدرس، داده‌ها و روند تشخیص، رقم هزینه‌ها، همچنین در صورت درخواست، ارائه اطلاعات تشخیص به شرکت پرداخت کننده هزینه‌ها) به شرکت ZA AG اعلام می‌کنم.
- من به این امر آگاهی دارم که پس از واگذاری مطالبه تنها شرکت ZA AG حق و اختیار دریافت مطالبه را داشته و به همین دلیل اعتراضات نسبت به این مطالبه - حتی تا جایی که که مربوط به درمان و تاریخچه بیماری باشد - باید نسبت به ZA AG مطرح شود و در موارد مناقشه دندانپزشک معالج من می‌تواند به عنوان شاهد مورد بازجویی قرار بگیرد.
- من موافقت خود را اعلام می‌دارم که شرکت ZA AG می‌تواند اطلاعات اعتباری را از یک سازمان حفاظت از اعتبارات دریافت کند و در این خصوص نام، تاریخ تولد، آدرس را برای سازمان ارسال کرده و همچنین از یک ابزار اعتباری داخلی استفاده نماید.

### تایید

- من تایید می‌کنم که اطلاعات فوق الذکر در خصوص بیماران که توسط ZA AG ارائه شده است را درک کرده‌ام.
- من اطلاع دارم که می‌توانم رضایت‌نامه خود را برای درمان‌هایی که در آینده انجام خواهند شد، لغو کنم. برای درمان فعلی تا زمانی این امکان وجود دارد، که دندانپزشک داده‌های درمان من را هنوز به شرکت ZA AG ارسال نکرده باشد.
- من یک کپی از این اظهارنامه را دریافت کرده‌ام.

امضا	محل، تاریخ
------	------------

مهر مطب
---------

نکته:

خط‌خوردگی‌ها و یا تغییرات در این بیانیه موجب بی‌اعتبار شدن این رضایت‌نامه می‌شود.

## بیمار

نام خانوادگی

نام

تاریخ تولد

نشانی

پر کردن این کادر الزامی می‌باشد - به صورت دستنویس پر کنید یا از طریق پردازش الکترونیکی داده‌ها از آن پرینت بگیرید

## رضایت‌نامه

(نسخه کپی برای بیماران)

در صورت وجود نماینده قانونی یا فرد دیگری که صورتحساب را دریافت می‌کند:

در افراد زیر 18 سال/ افراد فاقد توانایی انجام امور حقوقی/ افرادی که در حد محدود قادر به انجام امور حقوقی هستند

عنوان، نام، نام خانوادگی	تاریخ تولد
خیابان، پلاک	کد پستی، محل

### موافقت برای واگذاری مطالبه

من رضایت خود را اعلام می‌دارم.

• که دندانپزشک من، مطالبات ایجاد شده از فرایند درمان من را به ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG به آدرس: Wertstr. 21, 40549 Düsseldorf (به اختصار ZA AG) واگذار کند

• و شرکت ZA AG این مطالبات را به Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (به اختصار apoBank) واگذار کند.

### معافیت از رازداری

• من دندانپزشک خود را از پایبندی به رازداری دندانپزشکی وی معاف می‌دارم و موافقت خود را با انتقال داده‌های ضروری (نام، تاریخ تولد، آدرس، داده‌ها و روند تشخیص، رقم هزینه‌ها، همچنین در صورت درخواست، ارائه اطلاعات تشخیص به شرکت پرداخت کننده هزینه‌ها) به شرکت ZA AG اعلام می‌کنم.

• من به این امر آگاهی دارم که پس از واگذاری مطالبه تنها شرکت ZA AG حق و اختیار دریافت مطالبه را داشته و به همین دلیل اعتراضات نسبت به این مطالبه - حتی تا جایی که که مربوط به درمان و تاریخچه بیماری باشد - باید نسبت به ZA AG مطرح شود و در موارد مناقشه دندانپزشک معالج من می‌تواند به عنوان شاهد مورد بازجویی قرار بگیرد.

• من موافقت خود را اعلام می‌دارم که شرکت ZA AG می‌تواند اطلاعات اعتباری را از یک سازمان حفاظت از اعتبارات دریافت کند و در این خصوص نام، تاریخ تولد، آدرس را برای سازمان ارسال کرده و همچنین از یک ابزار اعتباری داخلی استفاده نماید.

### تایید

• من تایید می‌کنم که اطلاعات فوق الذکر در خصوص بیماران که توسط ZA AG ارائه شده است را درک کرده‌ام.

• من اطلاع دارم که می‌توانم رضایت‌نامه خود را برای درمان‌هایی که در آینده انجام خواهند شد، لغو کنم. برای درمان فعلی تا زمانی این امکان وجود دارد، که دندانپزشک داده‌های درمان من را هنوز به شرکت ZA AG ارسال نکرده باشد.

• من یک کپی از این اظهارنامه را دریافت کرده‌ام.

امضا	محل، تاریخ
------	------------

مهر مطب
---------

نکته:

خط‌خوردگی‌ها و یا تغییرات در این بیانیه موجب بی‌اعتبار شدن این رضایت‌نامه می‌شود.

# اطلاعات بیمار

بیمار گرامی.

دندانپزشک شما (در ادامه: دندانپزشک). با شرکت ما یعنی ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (به اختصار ZA AG) همکاری می‌کند. اطلاعات در خصوص ما را می‌توانید از طریق اینترنت تحت آدرس [www.die-za.de](http://www.die-za.de) و یا به طور مستقیم از ما دریافت کنید:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG

Wertstr. 21

Düsseldorf 40549

تلفن: 0 - 0211 56 93

ایمیل: [info@zaag.de](mailto:info@zaag.de)

نماینده حفاظت از داده‌های ما:

وکیل حقوقی Prof. Dr. Ulf Vormbrock

Fritz-Vomfelde-Str. 34

40547 Düsseldorf

ایمیل: [datschutz@zaag.de](mailto:datschutz@zaag.de)

برای این که بتوانیم با دندانپزشک شما همکاری داشته باشیم، به رضایت داوطلبانه شما بر اساس Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO نیاز داریم. چنانچه خواستار دریافت صورت حساب از جانب ما نیستید، لطفاً این مورد را فوراً به دندانپزشک خود اطلاع دهید. در این مورد، وی دستمزد خود را شخصاً محاسبه خواهد کرد.

شما می‌توانید رضایت‌نامه خود را برای درمان‌های آینده لغو نمایید. در این مورد نیز دندانپزشک شما خدمات خود را مستقیماً با شما تسویه می‌کند. در خصوص درمان فعلی شما، لغو رضایت‌نامه تا زمانی امکان پذیر است که دندانپزشک داده‌های درمان شما را هنوز به ما ارسال نکرده باشد.

دندانپزشکتان پرونده شخصی شما را جمع‌آوری می‌کند و آن را در سیستم کامپیوتری‌اش ذخیره می‌کند. این اطلاعات برای برقراری ارتباط با شما لازم است (نام، آدرس، تلفن، ایمیل، و غیره). علاوه بر این، دندانپزشک داده‌هایی را که به شخص شما (جنسیت، سن و غیره)، درمان شما و انجام تدابیر پزشکی مربوط هستند (داده‌های درمان بر طبق Art. 9 Abs. 1 DSGVO) ذخیره‌سازی می‌کند. این کار مهم است، زیرا دندانپزشک شما فقط به این طریق می‌تواند فعالیت‌های خود را بر طبق مقررات قانونی هزینه‌ها به طور صحیح تسویه کند. ما به عنوان پایگاه تسویه‌کننده، نام، آدرس و شرح تدابیر درمانی انجام شده مربوط به شما و همچنین داده‌های آزمایشگاه را از دندانپزشک دریافت می‌کنیم. تشخیص‌ها فقط زمانی انتقال پیدا می‌کنند که این مورد در چهارچوب شکایت بازپرداخت هزینه‌ها از طرف شرکت پرداخت‌کننده هزینه‌ها ضروری باشد. به عنوان مثال برای شرح دادن ضرورت پزشکی یک درمان.

ما خدمات خود را از طریق تخصیص کلیه مطالبات به Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank) تامین مالی می‌کنیم. به همین منظور داده‌های شخصی به apoBank انتقال نمی‌یابند.

ما پس از درمان بلافاصله پرداخت را به دندانپزشک انجام می‌دهیم و به همین جهت تمایل داریم که خود را بیمه کنیم. به همین دلیل چنانچه بر طبق Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO اعلام رضایت کرده باشید، قبل از درمان اطلاعات اعتباری را راجع به شما از طریق سازمان‌های حفاظت از اعتبارات کسب می‌کنیم. در این مورد نام، تاریخ تولد و آدرس شما را به سازمان حفاظت از اعتبارات انتقال می‌دهیم. چنانچه با انجام این کار موافق نیستید لطفاً مستقیماً با پزشک خود صحبت کنید. آنگاه وی خدمات خود را شخصاً تسویه می‌کند.

داده‌های شما برای بازه زمانی تا 10 سال ذخیره‌سازی می‌شوند. زیرا این داده‌ها به عنوان بخشی از عملیات حسابداری ما نیازمند نگهداری هستند. شما می‌توانید درخواست دهید تا راجع به داده‌های شما به طور جامع اطلاع‌رسانی گردد. همچنین می‌توانید درخواست دهید که اطلاعاتتان تصحیح، مسدود و یا منتقل شود. Art. 15 ff. DSGVO اعمال می‌گردد. علاوه بر این، ما به صورت داخلی با یک ابزار اعتباری مبتنی بر نرم‌افزار کار می‌کنیم (ZA:riskmanager). این ابزار بر مبنای داده‌های شخصی به صورت اتوماتیک یک تخمین را اعلام می‌دارد، که آیا مطالبات از شما با موافقت انجام خواهند شد یا خیر و این که میزان آن چقدر خواهد بود. همچنین در خصوص این مورد نیز بر طبق Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO تقاضا داریم که رضایت خود را اعلام نمایید.

شما این حق را دارید تا نزد نمایندگان مسئول حفاظت از داده‌ها در ایالت نوردراین وستفالن در دوسلدورف شکایت خود را اعلام کنید:

نماینده ایالت برای حفاظت از اطلاعات و آزادی اطلاعات:

نوردراین وستفالن (Nordrhein-Westfalen)

Kavalleriestr. 2-4

40213 Düsseldorf

تلفن: 0 - 0211 38 424

فکس: 0211 38 424 - 999

ایمیل: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

## توصیه‌های ویژه برای درمان کودکان و جوانان

در خصوص درمان کودکان و جوانان، دندانپزشک شما داده‌های شخصی مورد نیاز (نام، تاریخ تولد) مربوط به کودک/جوان و همچنین داده‌های شخصی سرپرست را جمع‌آوری می‌کند. تا جایی که این داده‌ها برای تسویه خدمات پزشکی ضروری باشند، دندانپزشک شما آنها را به ما انتقال خواهد داد. ما داده‌های منتقل شده را برای هدف تسویه حساب ذخیره می‌کنیم؛ ما همچنین آنها را برای ارائه ریسک‌های اعتباری مورد استفاده قرار می‌دهیم و داده‌های نماینده قانونی را قبل از درمان به سازمان‌های حفاظت از اعتبارات انتقال می‌دهیم. چنانچه با این موارد موافق نیستید، لطفاً این مورد را فوراً به دندانپزشک خود اطلاع دهید. آنگاه او مستقیماً با شما تسویه حساب می‌کند.

با تقدیم احترام

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG