

Фамилия

Имя

Дата

Адрес

Обязательное поле – заполнить вручную или с помощью компьютера

## Заявление о согласии

### В случае необходимости законный представитель или отличающийся получатель счета:

Если лицу не исполнилось 18 лет / в случае недееспособности / ограниченной дееспособности

Звание, имя, фамилия

Дата рождения

Улица, номер дома

Почтовый индекс, населенный пункт

### Согласие на уступку прав требования

Настоящим я заявляю о своем согласии,

- на уступку моим стоматологом требования, возникающего в связи с моим лечением, в пользу ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (сокращенно ZA AG)
- и на переуступку этого требования ZA AG с целью рефинансирования в пользу Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (сокращенно apoBank).

### Освобождение от обязанности соблюдать врачебную тайну

- Я освобождаю своего стоматолога от обязанности по соблюдению врачебной тайны и заявляю о своем согласии на передачу необходимых данных (ФИО, дата рождения, адрес, сведения о ходе лечения и о тарифах, в также информации о диагнозе, если это необходимо плательщику для вынесения решения) в ZA AG.
- Я согласен с тем, что после уступки права требования исключительно ZA AG имеет право заявлять требования, а поэтому заявлять протест против требований – в том числе связанных с лечением и историей болезни – следует в адрес ZA AG и в спорном случае лечащий меня стоматолог может быть допрошен в качестве свидетеля.
- Я согласен с тем, что ZA AG в случае необходимости запросит информацию о кредитоспособности в кредитном бюро и с этой целью сообщит этому бюро мое имя, фамилию, дату рождения, адрес и причину запроса.

### Подтверждение

- Я подтверждаю, что ознакомлен с вышеприведенной информацией для пациентов ZA AG.
- Мне известно, что я могу отозвать свое согласие на дальнейшее лечение. В случае продолжающегося лечения согласие можно отозвать до тех пор, пока мой врач не передаст данные о моем лечении в ZA AG.
- Я получил копию данного Заявления.

Место, дата

Подпись

Печать клиники

Фамилия

Имя

Дата

Адрес

Обязательное поле – заполнить вручную или с помощью компьютера

## Заявление о согласии (копия для пациента)

### В случае необходимости законный представитель или отличающийся получатель счета:

Если лицу не исполнилось 18 лет / в случае недееспособности / ограниченной дееспособности

Звание, имя, фамилия

Дата рождения

Улица, номер дома

Почтовый индекс, населенный пункт

### Согласие на уступку прав требования

Настоящим я заявляю о своем согласии,

- на уступку моим стоматологом требования, возникающего в связи с моим лечением, в пользу ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (сокращенно ZA AG)
- и на переуступку этого требования ZA AG с целью рефинансирования в пользу Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (сокращенно apoBank).

### Освобождение от обязанности соблюдать врачебную тайну

- Я освобождаю своего стоматолога от обязанности по соблюдению врачебной тайны и заявляю о своем согласии на передачу необходимых данных (ФИО, дата рождения, адрес, сведения о ходе лечения и о тарифах, в также информации о диагнозе, если это необходимо плательщику для вынесения решения) в ZA AG.
- Я согласен с тем, что после уступки права требования исключительно ZA AG имеет право заявлять требования, а поэтому заявлять протест против требований – в том числе связанных с лечением и историей болезни – следует в адрес ZA AG и в спорном случае лечащий меня стоматолог может быть допрошен в качестве свидетеля.
- Я согласен с тем, что ZA AG в случае необходимости запросит информацию о кредитоспособности в кредитном бюро и с этой целью сообщит этому бюро мое имя, фамилию, дату рождения, адрес и причину запроса.

### Подтверждение

- Я подтверждаю, что ознакомлен с вышеприведенной информацией для пациентов ZA AG.
- Мне известно, что я могу отозвать свое согласие на дальнейшее лечение. В случае продолжающегося лечения согласие можно отозвать до тех пор, пока мой врач не передаст данные о моем лечении в ZA AG.
- Я получил копию данного Заявления.

Место, дата

Подпись

Печать клиники

# Информация для пациента

Уважаемый пациент (уважаемая пациентка),

Ваш стоматолог сотрудничает с организацией ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (короткое название ZA AG). Узнать информацию о нашей организации можно на сайте [www.die-za.de](http://www.die-za.de) или связавшись с нами напрямую по адресу:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG  
Werftstr. 21  
40549 Düsseldorf  
Телефон: 0211 56 93 - 0  
Эл. почта: [info@zaag.de](mailto:info@zaag.de)

Наше уполномоченное лицо по защите данных:

Адвокат Prof. Dr. Ulf Vormbrock  
Fritz-Vomfelde-Str. 34  
40547 Düsseldorf  
Эл. почта: [datenschutz@zaag.de](mailto:datenschutz@zaag.de)

Для сотрудничества с Вашим стоматологом, согласно Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, нам необходимо получить Ваше добровольное согласие. Если Вы не хотите пользоваться услугами нашей организации для расчетов с врачом, незамедлительно сообщите об этом своему стоматологу. В этом случае он сам произведет расчет своего гонорара.

Вы можете отозвать свое согласие на дальнейшее лечение. В этом случае стоматолог также выставит счет за лечение Вам напрямую. При продолжающемся лечении согласие на обработку персональных данных можно отозвать в том случае, если Ваш врач еще не передал нам Ваши данные.

Ваш стоматолог собирает Ваши персональные данные и хранит их в своей компьютерной системе. Эти данные включают сведения, необходимые для связи с Вами (ФИО, адрес, телефон, эл. почта и т.д.). Кроме того, Ваш стоматолог хранит данные, касающиеся Вашей личности (пол, возраст и т.д.), лечения и принятых медицинских мер (данные о лечении собираются в соответствии с Art. 9 Abs. 1 DSGVO). Это важно, потому что Ваш стоматолог может правильно вести расчеты за свою деятельность только в соответствии с законом. Наша бухгалтерская служба получит от Вашего врача следующую информацию: ФИО, адрес и описание предпринятых медицинских мер и полученных лабораторных данных. Информация о диагнозе передается только в случае предъявления претензий о возмещении убытков со стороны плательщика. Например, для того чтобы пояснить медицинскую необходимость в Вашем лечении.

Мы финансируем свои услуги путем уступки требований Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). При этом мы не передаем персональные данные пациентов в apoBank.

Мы оплачиваем работу Вашего стоматолога сразу после проведенного лечения и поэтому хотели бы обезопасить себя. По этой причине мы запрашиваем информацию о Вашей кредитоспособности в организациях по защите кредитов до начала лечения, если Вы даете на это свое согласие в соответствии с Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. В этом случае мы передаем организации по защите кредитов Ваши ФИО, дату рождения и адрес. Если Вы не согласны с этим, сообщите это своему стоматологу. В таком случае он выставит счет за свои услуги самостоятельно.

Мы храним Ваши данные в течение максимум 10 лет, так как они являются составной частью нашей системы учета и контроля. Вы имеете право требовать от нас предоставления полной информации о Ваших данных. Вы также имеете право требовать исправления, блокировки, удаления и/или передачи Ваших данных согласно Art. 15 ff. DSGVO. Кроме того, мы задействуем в работе программный инструмент кредитного рейтинга (ZA:riskmanager). С его помощью на основании Ваших персональных данных автоматически определяется, могут ли по отношению к Вам быть выдвинуты претензии и в какой степени. Мы также просим Вашего согласия на это в соответствии с Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Вы имеете право обратиться с жалобой к уполномоченному лицу по защите персональных данных на территории земли Северный Рейн-Вестфалия в Дюссельдорфе.

Уполномоченное лицо по защите данных и свободе информации на территории земли Северный Рейн-Вестфалия  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf  
Телефон: 0211 38 424 - 0  
Факс: 0211 38 424 - 999  
Эл. почта: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

## Специальное примечание относительно лечения детей и подростков

При лечении детей и подростков Ваш стоматолог собирает как личные данные (ФИО, дата рождения) ребенка/подростка, так и личные данные его законного представителя. Поскольку эти данные необходимы для оплаты медицинских услуг, Ваш стоматолог передает их нам. Мы храним переданные данные с целью выставления счетов; мы также используем их для определения риска неисполнения обязательств и для пересылки данных законных представителей в организации защиты кредитов до начала лечения. Если Вы не согласны с этим, сообщите об этом своему стоматологу. В таком случае он выставит счет Вам напрямую.

С наилучшими пожеланиями,

**ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG**