

Soy isim

İsim

Doğum tarihi

Adres

Zorunlu alan - el yazısı veya bilgisayar ile doldurunuz

Rıza beyanı

Gerekirse yasal temsilci veya farklı fatura alıcısı:

18 yaşından küçük, hukuki işlem yapmaya ehliyeti olmayan veya sınırlı olarak hukuki işlem yapmaya ehliyeti olan kişiler

Unvan, isim, soy isim	Doğum tarihi
Sokak, bina no	Posta kodu, semt

Alacak temlikli muvafakatnamesi

Dış hekimimin,

- tedavimden doğan alacağını
ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kısaca ZA AG) şirketine temlikini
- ve ZA AG'nin bu alacakları yeniden finanse etmek amacıyla Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG şirketine (kısaca apoBank) temlikini onaylıyorum.

Gizlilik yükümlülüğünden muafiyet

- Dış hekimimi tıbbi gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyor ve gerekli verilerin (isim, doğum tarihi, adres, tedavi verileri ve akışları, ücret rakamları, maliyet üstlenici için rapor istendiğinde teşhisler) ZA AG'ye iletilmesini kabul ediyorum.
- Alacak temlikinden sonra sadece ZA AG'nin alacaklı olduğunu ve bu nedenle alacak ile ilgili yapılacak olan itirazların (yalnızca tedavi ve hastalık hikayesinden meydana gelen alacaklar kastedilmektedir) ZA AG'ye karşı yapılabileceğini ve anlaşmazlık durumunda tedavimi üstlenen dış hekiminin şahit tutulabileceğini onaylıyorum.
- ZA AG'nin bir kredi koruma kuruluşundan şahsıma ait kredibilite bilgisi alabileceğini ve bu amaçla kredi koruma kuruluşuna ismimi, doğum tarihim ve adresimi iletmesini ve de dahili bir kredi aracı kullanmasını kabul ediyorum.

Onay

- ZA AG'nin yukarıda belirtilen hasta bilgilendirmesine vakıf olduğumu onaylıyorum.
- Gelecekteki tedaviler için rıza beyanımı her zaman iptal edebileceğimi biliyorum. Devam eden tedavi için, dış hekimim tedavi verilerini henüz ZA AG'ye iletmediği sürece geçerlidir.
- Bu muvafakatnamenin bir nüshasını aldım.

Yer, tarih	İmza
------------	------

Muayenehane kaşesi

Dikkat:

Yukarıdaki muvafakatname üzerinde yapılan herhangi bir silme işlemi ve/veya değişiklik muvafakatnameyi geçersiz kılar.

Soy isim

İsim

Doğum tarihi

Adres

Zorunlu alan - el yazısı veya bilgisayar ile doldurunuz

Rıza beyanı
(Hasta kopyası)**Gerekirse yasal temsilci veya farklı fatura alıcısı:**

18 yaşından küçük, hukuki işlem yapmaya ehliyeti olmayan veya sınırlı olarak hukuki işlem yapmaya ehliyeti olan kişiler

Unvan, isim, soy isim

Doğum tarihi

Sokak, bina no

Posta kodu, semt

Alacak temlikli muvafakatnamesi

Diş hekimimin,

- tedavimden doğan alacağını
ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kısaca ZA AG) şirketine temlikini
- ve ZA AG'nin bu alacakları yeniden finanse etmek amacıyla Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG şirketine (kısaca apoBank) temlikini onaylıyorum.

Gizlilik yükümlülüğünden muafiyet

- Diş hekimimi tıbbi gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyor ve gerekli verilerin (isim, doğum tarihi, adres, tedavi verileri ve akışları, ücret rakamları, maliyet üstlenici için rapor istendiğinde teşhisler) ZA AG'ye iletilmesini kabul ediyorum.
- Alacak temlikinden sonra sadece ZA AG'nin alacaklı olduğunu ve bu nedenle alacak ile ilgili yapılacak olan itirazların (yalnızca tedavi ve hastalık hikayesinden meydana gelen alacaklar kastedilmektedir) ZA AG'ye karşı yapılabileceğini ve anlaşmazlık durumunda tedavimi üstlenen diş hekiminin şahit tutulabileceğini onaylıyorum.
- ZA AG'nin bir kredi koruma kuruluşundan şahsıma ait kredibilite bilgisi alabileceğini ve bu amaçla kredi koruma kuruluşuna ismimi, doğum tarihim, adres ve talep sebebi ile ilgili malumat iletmesini kabul ediyorum.

Onay

- ZA AG'nin yukarıda belirtilen hasta bilgilendirmesine vakıf olduğumu onaylıyorum.
- Gelecekteki tedaviler için rıza beyanımı her zaman iptal edebileceğimi biliyorum. Devam eden tedavi için, diş hekimim tedavi verilerini henüz ZA AG'ye iletmediği sürece geçerlidir.
- Bu muvafakatnamenin bir nüshasını aldım.

Yer, tarih

İmza

Muayenehane kaşesi

Dikkat:

Yukarıdaki muvafakatname üzerinde yapılan herhangi bir silme işlemi ve/veya değişiklik muvafakatnameyi geçersiz kılar.

Hasta bilgileri

Değerli Hastamız,

Diş hekiminiz (bundan böyle: diş hekimi) bizimle, yani ZA-Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG (kısaca ZA AG) ile birlikte çalışıyor. Bizimle ilgili bilgileri internette www.die-za.de adresinden veya doğrudan tarafımızdan edinebilirsiniz:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 56 93 - 0
E-posta: info@zaag.de

Veri koruma görevlimiz:

Avukat Prof. Dr. Ulf Vormbrock
Fritz-Vomfelde-Str. 34
40547 Düsseldorf
E-posta: datenschutz@zaag.de

Diş hekiminiz için devreye girebilmemiz için Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO uyarınca gönüllü rızanıza ihtiyacımız var. Fatura kesmemizi istemiyorsanız, bunu lütfen diş hekiminize hemen bildirin. Bu durumda ücretini kendisi faturalandıracaktır.

Rıza beyanınızı gelecekteki tedaviler için iptal edebilirsiniz. Diş hekiminiz bu durumda, hizmetlerini aynı şekilde doğrudan size fatura eder. Mevcut tedavide rıza beyanınızın iptali, doktorunuz bize tedavi verilerini ilemediği sürece mümkündür.

Diş hekiminiz kişisel verileri topluyor ve bunları elektronik bilgi işlem sistemine kaydediyor. Bunlar, sizinle iletişime geçmek için gerekli verilerdir (ad, adres, telefon, e-posta vs.). Diş hekiminiz, ayrıca şahsınız (cinsiyet, yaş vs.), tedaviniz ve uygulanan tıbbi önlemler (Art. 9. Abs. 1 DSGVO uyarınca tedavi verileri) ile ilgili verileri kaydeder. Diş hekiminiz, faaliyetlerini sadece bu şekilde yasal ücret tarifesine göre doğru olarak fatura edebileceğinden, bu işlem önemlidir. Muhasebe yeri olarak diş hekiminizden adınızı, adresinizi ve uygulanan tedavi önlemleri ve laboratuvar verileri ile ilgili bir sunumu alıyoruz. Teşhisler, sadece geri ödeme şikayetleri kapsamında masrafları üstlenen tarafından gerekliyse aktarılır, örneğin bir tedavinin tıbbi gerekliliğini açıklamak için.

Hizmetlerimizi, tüm taleplerin Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG'ye (apoBank) devredilmesiyle finanse ediyoruz. Ancak burada kişisel veriler apoBank'a iletmez.

Tedaviden sonra diş hekiminize hemen ödeme yapıyoruz ve bu nedenle kendimizi güvence altına almak istiyoruz. Bu nedenle tedaviden önce, eğer Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO uyarınca onay verirseniz, kredi derecelendirme kuruluşlarından kredibiliteniz hakkınızda bilgiler alıyoruz. Bu durumda, kredi derecelendirme kuruluşuna adınızı, doğum tarihinizi ve adresinizi aktarıyoruz. Ancak bunu istemiyorsanız, lütfen doğrudan diş hekiminiz ile görüşün. O zaman kendi hizmetlerini kendisi faturalandıracaktır.

Verileriniz, muhasebemizin bir parçası olarak muhafaza zorunluluğuna sahip veriler olduğu için, tarafımızdan azami 10 yıl boyunca kayıt altında tutulacaktır. Verileriniz hakkında ayrıntılı bilgiler sağlamamızı talep edebilirsiniz. Ayrıca bizden, verilerinizin düzeltilmesini, bloke edilmesini, silinmesini ve/veya aktarılmasını talep etme hakkına sahipsiniz. Art. 15 ff. DSGVO ve sonr. geçerlidir. Bunun haricinde, dahili olarak yazılım bazlı bir kredibilite aracı ile çalışıyoruz (ZA: Risk yöneticisi). Bu araç, kişisel verileri baz alarak, size karşı bir talebin başarıyla uygulanıp uygulanmayacağı ve ne ölçüde uygulanabileceği ile ilgili otomatik olarak bir tahmin oluşturur. Bunun için de, Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO uyarınca onayınızı rica ediyoruz.

Düsseldorf'ta, Kuzey Ren Vestfalya eyaletinin yetkili veri koruma görevlisine şikayette bulunma hakkına sahipsiniz:

Kuzey Ren Vestfalya veri koruması ve bilgi özgürlüğü eyalet görevlisi
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 38 424 - 0
Faks: 0211 38 424 - 999
E-posta: poststelle@ldi.nrw.de

Çocukların ve gençlerin tedavisinde özel talimatlar

Diş hekiminiz, çocukların ve gençlerin tedavisinde hem çocuğun/gençin gerekli kişisel verilerini (adı, doğum tarihi) hem de yasal temsilcinin kişisel verilerini toplar. Bu veriler tıbbi hizmetlerin faturalandırılması için gerekli olduğu sürece, diş hekiminiz bunları bize iletir. İletilen verileri faturalandırma amacıyla kaydediyoruz. Bunları, kredi riski için de kullanıyoruz ve yasal temsilcilerin verilerini tedavi öncesi kredi derecelendirme kuruluşlarına aktarıyoruz. Bunu istemiyorsanız, lütfen hemen diş hekiminize bildirin. Bu durumda doğrudan size fatura keser.

Saygılarımızla,

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG