

المريض

اسم العائلة

الاسم الأول

تاريخ الميلاد

العنوان

حقل إلزامي - يُملأ بخط اليد أو يُطبع إلكترونياً

إقرار عدم ممانعة

الممثل (ة) القانوني(ة) إذا اقتضت الضرورة أو مستلم فواتير آخر:

للأشخاص دون سن 18 سنة/عديمي الأهلية القانونية/نوي الأهلية القانونية المحدودة

اللقب، الاسم، اسم العائلة	مولود بتاريخ
الشارع، رقم المنزل	الرمز البريدي، المدينة

الموافقة على إحالة الدين

أوافق على

- أن يُحيل طبيب الأسنان المعالج لي تحصيل المطالبات الناجمة عن معالجاتي إلى شركة (اختصاراً ZA AG) ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf
- أن تحيل شركة ZA AG هذه المطالبة بإعادة التمويل إلى (اختصاراً apoBank) die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

الإعفاء من واجب الكتمان

- أعفي طبيب الأسنان المعالج لي من واجب الكتمان الطبي وأوافق على نقل البيانات المطلوبة (الاسم وتاريخ الميلاد والعنوان وبيانات العلاج ومسارته، وبنود الرسوم، وكذلك التشخيصات في حالة طلب بيان الموقف من أجل الجهة المتحملة للتكاليف) إلى شركة ZA AG.
- وأنا موافق أنه بعد إحالة التحصيل تكون شركة ZA AG هي الجهة الدائنة الوحيدة ولذلك يجب رفع أي اعتراضات على التحصيل - أيضاً طالما كانت ناجمة عن العلاج وتاريخ الحالة الطبية - إلى شركة ZA AG ويمكنني في حالة النزاع طلب طبيب الأسنان المعالج لي كشاهد إذا لزم الأمر.
- وأوافق على حصول شركة ZA AG على المعلومات الائتمانية عند الضرورة من منظمة حماية الائتمان وإرسال اسمي وتاريخ ميلادي وعنواني وسبب الطلب إلى منظمة حماية الائتمان من أجل هذا الغرض.

تأكيد

- أنا على دراية بأنه بمقدوري إلغاء إقراري بعدم الممانعة من أجل المعالجات المستقبلية. علماً بأن الإلغاء ممكن في إطار المعالجة الجارية ما لم يرسل طبيب أسناني بيانات معالجاتي إلى شركة ZA AG.
- أنا على علم بأنه يمكنني إلغاء هذا الإقرار بأكمله قبل أي معالجة جديدة في المستقبل.
- تلقيت نسخة من هذا الإقرار.

التوقيع	المكان، التاريخ
---------	-----------------

ختم العيادة

المرضى

اسم العائلة

الاسم الأول

تاريخ الميلاد

العنوان

حقل إلزامي - يُملأ بخط اليد أو يُطبع إلكترونياً

إقرار عدم ممانعة (صورة طبق الأصل للمريض)

الممثل (ة) القانوني(ة) إذا اقتضت الضرورة أو مستلم فواتير آخر:

للأشخاص دون سن 18 سنة/عديمي الأهلية القانونية/نوي الأهلية القانونية المحدودة

مولود بتاريخ

اللقب، الاسم، اسم العائلة

الرمز البريدي، المدينة

الشارع، رقم المنزل

الموافقة على إحالة الدين

أوافق على

- أن يُحيل طبيب الأسنان المعالج لي تحصيل المطالبات الناجمة عن معالجاتي إلى شركة
ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (اختصاراً ZA AG)
- أن تحيل شركة ZA AG هذه المطالبة بإعادة التمويل إلى die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (اختصاراً apoBank)

الإعفاء من واجب الكتمان

- أعفي طبيب الأسنان المعالج لي من واجب الكتمان الطبي وأوافق على نقل البيانات المطلوبة (الاسم وتاريخ الميلاد والعنوان وبيانات العلاج ومسارته، وبنود الرسوم، وكذلك التشخيصات في حالة طلب بيان الموقف من أجل الجهة المتحملة للتكاليف) إلى شركة ZA AG.
- وأنا موافق أنه بعد إحالة التحصيل تكون شركة ZA AG هي الجهة الدائنة الوحيدة ولذلك يجب رفع أي اعتراضات على التحصيل - أيضاً طالما كانت ناجمة عن العلاج وتاريخ الحالة الطبية - إلى شركة ZA AG ويمكنني في حالة النزاع طلب طبيب الأسنان المعالج لي كشاهد إذا لزم الأمر.
- وأوافق على حصول شركة ZA AG على المعلومات الائتمانية عند الضرورة من منظمة حماية الائتمان وإرسال اسمي وتاريخ ميلادي وعنواني وسبب الطلب إلى منظمة حماية الائتمان من أجل هذا الغرض.

تأكيد

- أنا على دراية بأنه بمقدوري إلغاء إقراري بعدم الممانعة من أجل المعالجات المستقبلية. علماً بأن الإلغاء ممكن في إطار المعالجة الجارية ما لم يرسل طبيب أسناني بيانات معالجاتي إلى شركة ZA AG.
- أنا على علم بأنه يمكنني إلغاء هذا الإقرار بأكمله قبل أي معالجة جديدة في المستقبل.
- تلقيت نسخة من هذا الإقرار.

التوقيع

المكان، التاريخ

ختم العيادة

معلومات المريض

عزيزتي المريضة، عزيزي المريض،

يعمل طبيب(ة) أسنانك المعالج(ة) (ويُشار إليه فيما بعد بـ"طبيب الأسنان") بالتعاون معنا نحن شركة ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (واختصارًا: ZA AG) من دوسلدورف. يمكنك الحصول على معلومات عنا في الإنترنت تحت هذا الرابط www.die-za.de أو تصل إليها مباشرة من هذا العنوان:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG

Werftstr. 21

40549 Düsseldorf

الهاتف: 0 - 0211 56 93

البريد الإلكتروني: info@zaag.de

مسؤول حماية البيانات

المحامي Prof. Dr. Ulf Vormbrock

Fritz-Vomfelde-Str. 34

40547 Düsseldorf

البريد الإلكتروني: datenschutz@zaag.de

لكي يتسنى لنا العمل من أجل طبيب أسنانك، فإننا بحاجة لموافقتك الطوعية وفقًا لـ Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. أما إذا لم تكن ترغب في تحصيل الأتعاب عن طريقنا، فيرجاء إبلاغ طبيب أسنانك برغبتك فورًا. وفي هذه الحالة سيتولى هو تحصيل أتعابه منك.

يمكنك إلغاء إقرار عدم الممانعة من أجل المعالجات المستقبلية. وفي هذه الحالة سيتولى طبيب أسنانك تحصيل أتعاب خدماته منك مباشرة. أما بخصوص المعالجة الحالية، فإن إلغاء إقرار عدم الممانعة ممكن ما لم يرسل طبيبك بيانات معالجتك إلينا.

يجمع طبيب أسنانك المعالج بيانات شخصية ويحفظها في نظام معالجة البيانات الإلكترونية. وهي عبارة عن بيانات ضرورية للتواصل معك (كالاسم والعنوان والهاتف والبريد الإلكتروني وغيرها). وعلاوة على ذلك، يخزن طبيب أسنانك المعالج البيانات المتعلقة بشخصك (كالجنس والعمر وغيرها) وبالمعالجة والإجراءات الطبية المتبعة (بيانات المعالجة وفقًا لـ Art. 9 Abs. 1 DSGVO). وهي بيانات مهمة لأن طبيب الأسنان لن يتسنى له تحصيل أتعابه بشكل سليم وفقًا للائحة الرسوم القانونية إلا بهذه الطريقة. وباعتبارنا جهة التحصيل فإننا نحصل من طبيب أسنانك على اسمك وعنوانك وبيانات إجراءات المعالجة المنفذة وكذلك البيانات المخبرية. ولا ترسل التشخيصات إلا إذا تطلب الأمر ذلك في حالة وجود اعتراضات على الدفع من طرف الجهة المتحملة للتكاليف، مثلًا لتوضيح الضرورة الطبية للمعالجة.

تجدد الإشارة إلى أننا نمول خدماتنا عن طريق إحالة جميع المطالبات إلى Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). علمًا بأن البيانات الشخصية لن يتم إرسالها في هذا الصدد إلى بنك apoBank.

من جانبنا ندفع إلى طبيب الأسنان بعد المعالجة مباشرة وبالتالي نرغب في تأمين أنفسنا. من هذا المنطلق فإننا نطلب قبل المعالجة معلومات انتمائية عنك من منظمات حماية الائتمان، إذا أعلنتنا بموافقتك على ذلك وفقًا لـ Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. وفي هذه الحالة فإننا نرسل اسمك وتاريخ ميلادك وعنوانك إلى منظمة حماية الائتمان. فإذا كنت لا ترغب في ذلك، يمكنك التحدث مع طبيب أسنانك مباشرة بهذا الخصوص. وفي هذه الحالة سيتولى هو تحصيل الأتعاب لقاء خدماته بنفسه.

ستُحفظ بياناتك لمدة تصل إلى 10 سنوات، نظرًا لأنها جزء خاضع لواجب الحفظ في إطار منظومة حساباتنا. ويمكنك طلب تزويدك بمعلومات شاملة عن بياناتك. علاوة على ذلك، يحق لك أن تطلب منا تصحيح بياناتك أو حظرها أو حذفها أو نقلها أو جميع ما سبق. وتسري في هذا الصدد Art. 15 ff. DSGVO. بالإضافة إلى ذلك، نحن نعمل داخليًا بأداة تصنيف انتمائي تعتمد على البرمجيات (ZA:riskmanager). واستنادًا إلى البيانات الشخصية تصدر هذه الأداة بشكل تلقائي تقديرًا يفيدنا في معرفة مدى إمكانية تحصيل الدين منك. ومن أجل ذلك نطلب منك موافقتك مجددًا وفقًا لـ Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

ولديك الحق في تقديم شكوى إلى مسؤول حماية البيانات في ولاية نوردهاين - فستفالن في دوسلدورف:

مسؤول حماية البيانات وحرية المعلومات في ولاية نوردهاين-فستفالن

Kavalleriestr. 2-4

Düsseldorf 40213

الهاتف: 0 - 0211 38 424

الفاكس: 999 - 0211 38 424

البريد الإلكتروني: poststelle@ldi.nrw.de

ملاحظات خاصة لدى معالجة الأطفال والشباب

عند معالجة الأطفال والشباب، يجمع طبيب أسنانك المعالج البيانات الشخصية للأطفال/الشباب (الاسم وتاريخ الميلاد)، بالإضافة إلى البيانات الشخصية للممثلين القانونيين. علمًا بأن طبيب الأسنان المعالج لن يرسل هذه البيانات إلينا إلا إذا كانت ضرورية للمحاسبة على الخدمات الطبية. وبدورنا نخزن تلك البيانات المنقولة لأغراض المحاسبة؛ كما نستخدمها لتحديد مخاطر التخلف عن السداد وتقديم بيانات الممثلين القانونيين إلى منظمات حماية الائتمان قبل المعالجة. فإذا لم ترغب في ذلك، يرجى إبلاغ طبيب أسنانك بذلك فورًا. وبالتالي سيتولى هو تحصيل أتعابه منك مباشرة.

مع أطيب التحيات

في خدمتكم ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG