

Nazwisko

Imię

Data

Adres

Pole obowiązkowe - wypełnić ręcznie lub wydrukować komputerowo

Oświadczenie o wyrażeniu zgody

W razie potrzeby przedstawiciel(-ka) prawny(-a) lub inny odbiorca rachunku:

W przypadku osób w wieku poniżej 18 lat/niezdolnych do czynności prawnych/z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych

Tytuł, imię, nazwisko

Urodzony(-a) w dniu

Ulica, nr domu

Kod poczt./miejscowość

Zgoda na odstąpienie wierzytelności

Niniejszym deklaruję swoją zgodę na to,

- że mój lekarz dentysta odstępuje wierzytelności powstałe w wyniku mojego leczenia na rzecz ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (w skrócie ZA AG)
- oraz aby ZA AG przekazał dalej to roszczenie do refinansowania do Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (w skrócie apoBank).

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy

- Zwalam mojego dentystę z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na przekazywanie ZA AG wymaganych danych (imię i nazwisko, data urodzenia, adres, dane i przebieg leczenia, dane dotyczące opłat, w przypadku żądanych opinii dla mojego podmiotu ponoszącego koszty również diagnozy).
- Wyrażam zgodę na to, aby po odstąpieniu wierzytelności uprawnioną do roszczeń była tylko ZA AG oraz aby sprzeczny w stosunku do roszczeń o wierzytelności - również wynikające z terapii i historii choroby - podnosić tylko w stosunku do ZA AG oraz aby w razie powstania sporu leczący mnie dentysta mógł zostać powołany na świadka.
- Zgadzam się na to, aby ZA AG pozyskiwała w razie potrzeby informacje o zdolności kredytowej w organizacji informacji kredytowej i aby przekazywała w tym celu moje imię i nazwisko, datę urodzenia, adres i przyczynę zapytania do organizacji informacji kredytowej.

Potwierdzenie

- Potwierdzam, że przyjąłem(-łam) do wiadomości wyżej wymienioną informację o pacjencie wydaną przez ZA AG.
- Jestem świadomy(-a), że mogę wycofać swoje oświadczenie o wyrażeniu zgody dla przyszłego leczenia. W przypadku bieżącego leczenia jest to możliwe, o ile mój dentysta nie przekazał jeszcze do ZA AG moich danych dotyczących leczenia.
- Kopię niniejszego oświadczenia otrzymałem(-am).

Miejscowość, data

Podpis

Stempel lekarza praktykującego

Wskazówka:

Skręcenia i/lub zmiany wprowadzone do wyżej wymienionego oświadczenia powodują jego nieważność.

Nazwisko

Imię

Data

Adres

Pole obowiązkowe - wypełnić ręcznie lub wydrukować komputerowo

Oświadczenie o wyrażeniu zgody
(kopia dla pacjenta)**W razie potrzeby przedstawiciel(-ka) prawny(-a) lub inny odbiorca rachunku:**

W przypadku osób w wieku poniżej 18 lat/niezdolnych do czynności prawnych/z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych

Tytuł, imię, nazwisko

Urodzony(-a) w dniu

Ulica, nr domu

Kod poczt./miejscowość

Zgoda na odstąpienie wierzytelności

Niniejszym deklaruję swoją zgodę na to,

- że mój lekarz dentysta odstępuje wierzytelności powstałe w wyniku mojego leczenia na rzecz ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (w skrócie ZA AG)
- oraz aby ZA AG przekazał dalej to roszczenie do refinansowania do Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (w skrócie apoBank).

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy

- Zwalam mojego dentystę z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na przekazywanie ZA AG wymaganych danych (imię i nazwisko, data urodzenia, adres, dane i przebieg leczenia, dane dotyczące opłat, w przypadku żądanych opinii dla mojego podmiotu ponoszącego koszty również diagnozy).
- Wyrażam zgodę na to, aby po odstąpieniu wierzytelności uprawnioną do roszczeń była tylko ZA AG oraz aby sprzeczny w stosunku do roszczeń o wierzytelności - również wynikające z terapii i historii choroby - podnosić tylko w stosunku do ZA AG oraz aby w razie powstania sporu leczący mnie dentysta mógł zostać powołany na świadka.
- Zgadzam się na to, aby ZA AG pozyskiwała w razie potrzeby informacje o zdolności kredytowej w organizacji informacji kredytowej i aby przekazywała w tym celu moje imię i nazwisko, datę urodzenia, adres i przyczynę zapytania do organizacji informacji kredytowej.

Potwierdzenie

- Potwierdzam, że przyjąłem(-łam) do wiadomości wyżej wymienioną informację o pacjencie wydaną przez ZA AG.
- Jestem świadomy(-a), że mogę wycofać swoje oświadczenie o wyrażeniu zgody dla przyszłego leczenia. W przypadku bieżącego leczenia jest to możliwe, o ile mój dentysta nie przekazał jeszcze do ZA AG moich danych dotyczących leczenia.
- Kopię niniejszego oświadczenia otrzymałem(-am).

Miejscowość, data

Podpis

Stempel lekarza praktykującego

Wskazówka:

Skrześlenia i/lub zmiany wprowadzone do wyżej wymienionego oświadczenia powodują jego nieważność.

Informacja dla pacjenta

Drogi Pacjencie,

Twój dentysta współpracuje z nami, spółką ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (w skrócie ZA AG). Informacje o nas możesz znaleźć w Internecie na stronie www.die-za.de lub otrzymać je bezpośrednio od nas:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf,
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 5693-0
E-Mail: info@zaag.de

Nasz inspektor ochrony danych:

Adwokat prof. dr Ulf Vormbrock
Fritz-Vomfelde-Str. 34
40547 Düsseldorf
E-mail: datenschutz@zaag.de

Aby móc realizować działania dla Twojego dentysty, potrzebujemy Twojej dobrowolnej zgody zgodnie z Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Jeśli nie życzysz sobie otrzymywać od nas rozliczenia, prosimy o niezwłoczne poinformowanie o tym swojego dentysty. W takim przypadku sam wystawi on rachunek za swoje usługi.

Możesz wycofać oświadczenie o wyrażeniu zgody dla przyszłego leczenia. W takim przypadku Twój dentysta wystawi rachunek za swoje usługi bezpośrednio Tobie. W przypadku aktualnego leczenia wycofanie oświadczenia o wyrażeniu zgody jest możliwe, o ile Twój lekarz nie przekazał nam jeszcze Twoich danych dotyczących leczenia.

Twój dentysta gromadzi dane osobowe i przechowuje je w swoim systemie komputerowym. Są to dane, które są niezbędne do komunikacji z Tobą (imię i nazwisko, adres, telefon, e-mail itp.). Ponadto Twój dentysta przechowuje dane dotyczące Twojej osoby (płeć, wiek itp.), leczenia i przeprowadzonych czynności medycznych (dane dotyczące leczenia zgodnie z Art. 9 Abs. 1 DSGVO). Jest to ważne, ponieważ tylko w ten sposób Twój dentysta może prawidłowo rozliczać swoje czynności zgodnie z ustawowym taryfikatorem stawek lekarskich. Jako instytucja rozliczeniowa otrzymamy od Twojego dentysty Twoje imię i nazwisko, adres oraz opis przeprowadzonego leczenia i dane laboratoryjne. Diagnozy będą przekazywane tylko wtedy, gdy będzie to konieczne w ramach skarg z wnioskiem o zwrot kosztów składanych przez podmioty ponoszące koszty, np. aby wyjaśnić medyczną konieczność leczenia.

Nasze usługi finansujemy poprzez przenoszenie wszystkich wierzytelności na Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). Dane osobowe nie będą jednak przekazywane do apoBank.

Płacimy Twojemu dentyście bezpośrednio po leczeniu, dlatego też chcemy się zabezpieczyć. W związku z tym przed rozpoczęciem leczenia uzyskujemy od organizacji ochrony kredytowej informacje na temat Twojej zdolności kredytowej, o ile wyraziłeś(-aś) na to zgodę zgodnie z Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. W takim przypadku przekazujemy organizacji ochrony kredytowej Twoje imię i nazwisko, datę urodzenia oraz adres. Jeśli jednak nie wyrażasz na to zgody, zwróć się bezpośrednio do swojego dentysty. Wówczas on sam wystawi Ci rachunek za swoje usługi.

Twoje dane będą przechowywane przez okres maksymalnie 10 lat, ponieważ jako część naszego systemu księgowego podlegają one obowiązkowi przechowywania. Możesz zażądać od nas udzielenia pełnej informacji na temat Twoich danych. Poza tym masz prawo żądać od nas sprostowania, zablokowania, usunięcia i/lub przekazania Twoich danych. Zastosowanie ma Art. 15 ff. DSGVO. Ponadto na poziomie wewnętrznym pracujemy z opartym na oprogramowaniu narzędziem ratingowym (ZA:riskmanager). Na podstawie danych osobowych automatycznie określa on, czy i w jakim stopniu można skutecznie zaspokoić wierzytelność wobec Ciebie. Również tutaj prosimy o Twoją zgodę zgodnie z Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Masz prawo do złożenia skargi do właściwego inspektora ochrony danych kraju związkowego Nadrenia Północna-Westfalia w Düsseldorfie:

Krajowy Inspektor Ochrony Danych i Prawa do Informacji Nadrenii Północnej-Westfalii
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 38 424 - 0
Faks: 0211 38 424 - 10
E-mail: poststelle@ldi.nrw.de

Szczególne procedury w przypadku leczenia dzieci i młodzieży

Podczas leczenia dzieci i młodzieży Twój dentysta gromadzi zarówno wymagane przez niego dane osobowe (imię i nazwisko, data urodzenia) dziecka lub nastolatka, jak i dane osobowe przedstawicieli ustawowych. Jeśli dane te będą niezbędne do rozliczenia usług medycznych, zostaną nam one przekazane przez Twojego dentystę. Przechowujemy przesłane dane do celów rozliczeniowych, wykorzystujemy je również do określenia ryzyka niewywiązania się z płatności i przed rozpoczęciem leczenia przekazujemy dane przedstawicieli ustawowych organizacjom ochrony kredytowej. Jeśli nie wyrażasz na to zgody, natychmiast poinformuj o tym swojego dentystę. Wystawi on wówczas rachunek za swoje usługi bezpośrednio Tobie.

Z pozdrowieniami

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG