

Hasta¹

Adı, Soyadı*
Sokak, Bina No.*
PK, Şehir*
Doğum tarihi*

*Zorunlu alan

Duruma göre yasal temsilci
veya farklı fatura alıcısı:

Reşit olmayan/hukuki işlem ehliyeti olmayan/sınırlı hukuki işlem ehliyeti olan kişilerde

Adı, Soyadı
Sokak, Bina No.
PK, Şehir
Doğum tarihi

elle veya dijital olarak doldurulabilir

Genel Veri Koruma Yönetmeliği'nin (GDPR) 6. Maddesi 1. Fıkrası a) bendi ile bağlantılı olarak 9. Maddesi 2. Fıkrası a) bendi uyarınca ve alacakların temlikine, verilerin aktarılmasına ve hekimlerin sır saklama yükümlülüğünden muafiyete ilişkin rıza beyanı

Alacakların temlikine rıza

- Tedavimi gerçekleştiren birimin² (kaşedeki bilgilere bakınız), tedavimden kaynaklanan alacaklarını **ZA** Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kısaca **ZA AG**) şirketine devretmesini kabul ettiğimi beyan ederim. Ayrıca, **ZA AG**'nin bu alacağı refansman kuruluşlarına (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG veya UniCredit Bank GmbH) devretmesini de kabul ediyorum.

Veri koruma kanunu kapsamında rıza

- Veri koruma yasası uyarınca asıl veri sorumlusu kuruluş olarak tedavimi gerçekleştiren birimin, tedavimden elde edilen kişisel verilerimi (özellikle soyadı, ad, adres ve doğum tarihinin yanı sıra ilgili ücret tarifelerine veya diğer muhasebe düzenlemelerine göre gerekli olan ya da faturalandırma anlaşmazlıkları durumunda gerekli olabilecek bulgular, hizmet kodları ve tedavi tarihleri/hizmet süreleri gibi diğer gerekli veriler) faturalandırma amacıyla **ZA AG**'ye iletebileceğini kabul ediyorum.
- Ayrıca, **ZA AG**'nin tedavimi gerçekleştiren birim tarafından kendisine temlik edilen alacakları ve/veya bunlarla ilgili verileri, temel olarak kısaltılmış bir biçimde (adres ve ana veriler) refansman amacıyla yukarıda belirtilen refansman kuruluşlarına aktarabileceğini ve bunun sonucunda, kısaltılmış biçimde aktarılan verilerle ilgili olarak, refansmanı gerçekleştiren ilgili birimin ek bir veri koruma sorumluluğunun oluşacağını kabul ediyorum.
- Ayrıca, sorumlu kuruluşun SCHUFA Holding AG, Creditreform Boniversum GmbH veya infoscore Consumer Data GmbH'den kredi derecelendirme bilgilerini alabileceğini ve bu amaçla soyadımı, adımlı, doğum tarihimi ve adresimi kredi derecelendirme kuruluşlarına iletebileceğini kabul ediyorum (kredi derecelendirme kuruluşları nezdindeki kredi derecelendirme bilgisi sorgulamaları).
- Ayrıca verilerimin, bana karşı bir alacağın başarılı bir şekilde tahsil edilip edilemeyeceğini ve ne ölçüde tahsil edilebileceğini belirlemek amacıyla **ZA AG**'nin dahili kredi derecelendirme aracı (**ZA**:riskmanager) kullanılarak otomatik olarak işlenebileceğini kabul ediyorum (yazılım tabanlı kredi derecelendirmesi).

Hekimlerin sır saklama yükümlülüğünden muafiyet

- Beyanımın sonuçlarının tamamen bilincinde olarak, tedavi ve faturalandırmaya ilişkin toplanan verilerimle ilgili olarak, tedavimi gerçekleştiren kuruluşu **ZA AG**'ye karşı ve dolaylı olarak ilgili refansman kuruluşlarından birine (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG veya UniCredit Bank GmbH) karşı (diş) hekimlerinin sır saklama yükümlülüğünden iptal edilebilir şekilde muaf tutuyorum. Sır saklama yükümlülüğünden muafiyet, verilerimin faturalama ve refansman amaçları için aktarılmasını veya daha fazla işlenmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Yalnızca belirli meslek grupları (doktorlar vb.) ve çalışanları için katı yasal veya meslek kanunu kapsamında ve Alman Ceza Kanunu'nun (StGB) 203. maddesi uyarınca cezai yaptırımlara tabi olan sır saklama yükümlülüklerinin geçerli olduğunu ve yukarıda belirtilen refansman kuruluşları veya bu kuruluşlar adına hareketle verilerimi işleyen kişiler tarafından verilerin aktarılması veya (başkalarına) devredilmesi durumunda, bu yükümlülüklerin artık geçerli olmayacağını biliyorum.

Gönüllülük esası, rıza verilmemesinin herhangi bir sonucu yol açmaması ve iptal edilebilirlik

Rıza gönüllülük esasına dayanır; özellikle, tedavimi gerçekleştiren birim tedavimi yukarıdaki rıza beyanlarının verilmesine bağlı kılamaz veya kıldırılmaz ve rıza vermem halinde tedavi sırasında beni herhangi bir dezavantaja maruz bırakamaz.

Rıza beyanı, gelecekteki tedaviler için gerekçe gösterilmeksizin iptal edilebilir. Devam eden tedaviler için iptal işlemi, sadece tedavimi gerçekleştiren birim verileri henüz **ZA AG**'ye ilemediği sürece mümkündür. Rızanın iptal edilmesi, iptal işleminden önce rızaya dayalı olarak gerçekleştirilen veri işleme faaliyetinin meşruiyetini etkilemeyecektir.

Veri sahipleri, Genel Veri Koruma Yönetmeliği'nin (GDPR) 14. maddesi uyarınca ayrıca ekteki bilgilerde belirtilen diğer haklara da sahiptir.

Onay

İmzama, Genel Veri Koruma Yönetmeliği'nin (GDPR) 14. maddesi uyarınca ekteki bilgileri aldığımı, rızamı gönüllü olarak ve iptal edilebileceğini bilerek verdiğimi onaylarım.

Ver, Tarih

Hasta imzası

duruma göre yasal temsilcinin* imzası

*Yasal temsilci sıfatıyla, tek başına beyan ve imza yetkisine sahip olduğumu beyan ederim.

Muayenehane kaşesi

1 Bu metinde sadece eril form kullanılmış olsa bile, tüm cinsiyetler eşit şekilde kastedilmiştir

2 "Tedavimi gerçekleştiren birim" terimi, yasal ve organizasyonel biçimden (örneğin ortak muayenehane, grup muayenehanesi veya bireysel tedavi gerçekleştiren (diş) hekim, tıbbi bakım merkezi (MVZ), [(gündüz) kliniği]) bağımsız olarak anlaşılmalıdır.

