

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Champ obligatoire - à remplir à la main ou par voie électronique

Déclaration de consentement

Représentant(e) légal(e) ou destinataire de facture différent:

avec des personnes de moins de 18 ans/sans capacité juridique/avec capacité juridique restreinte

Titre, prénom, nom

Date de naissance

Rue, n°

Code postal/localité

Consentement à la cessation de créance

J'accepte que le dentiste,

- cède la créance émanant des prestations dentaires dispensées à la société d'affacturage ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (ci-après nommée ZA AG)
- et que la ZAAG cède cette créance pour sa part à la banque de refinancement Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (ci-après nommée apoBank) aux fins du refinancement.

Levée du secret médical

- Je délie mon dentiste du secret médical et je consens à la transmission des données nécessaires (nom, date de naissance, adresse, dates des sessions de traitement et évolutions, indices de facturation, y compris les diagnostics au cas où l'assureur compétent demanderait un avis) à la société ZA AG.
- J'accepte que la ZA AG soit la seule créancière suite à la cession de la créance. Toute contestation de la créance - y compris les contestations émanant du traitement et de l'anamnèse - sera donc à adresser et à faire valoir contre la ZA AG en cas de litige. Je suis conscient(e) que le dentiste traitant pourra être entendu comme témoin le cas échéant.
- Je consens à ce que la ZA AG demande des informations de solvabilité auprès d'une agence de renseignements commerciaux et que la ZA AG transmet mon nom, ma date de naissance, l'adresse et le motif de la demande.

Confirmation

- Je confirme avoir pris connaissance de l'information aux patients précédente de la ZA AG.
- J'ai été informé sur le fait que je peux révoquer ma déclaration de consentement pour des traitements futurs. En ce qui concerne le traitement en cours, je peux révoquer mon consentement aussi longtemps que le dentiste l'a pas encore transmis les données de mon traitement à la ZA AG.
- Une copie de cette déclaration m'a été remise.

Lieu, date

Signature

Cachet du cabinet

Remarque:

La présente déclaration sera caduque en cas de suppression ou de modification des dispositions qui précèdent.

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Champ obligatoire - à remplir à la main ou par voie électronique

Déclaration de consentement (copie pour le patient)

Représentant(e) légal(e) ou destinataire de facture différent:

avec des personnes de moins de 18 ans/sans capacité juridique/avec capacité juridique restreinte

Titre, prénom, nom

Date de naissance

Rue, n°

Code postal/localité

Consentement à la cessation de créance

J'accepte que le dentiste,

- cède la créance émanant des prestations dentaires dispensées à la société d'affacturage ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (ci-après nommée ZA AG)
- et que la ZAAG cède cette créance pour sa part à la banque de refinancement Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (ci-après nommée apoBank) aux fins du refinancement.

Levée du secret médical

- Je délie mon dentiste du secret médical et je consens à la transmission des données nécessaires (nom, date de naissance, adresse, dates des sessions de traitement et évolutions, indices de facturation, y compris les diagnostics au cas où l'assureur compétent demanderait un avis) à la société ZA AG.
- J'accepte que la ZA AG soit la seule créancière suite à la cession de la créance. Toute contestation de la créance - y compris les contestations émanant du traitement et de l'anamnèse - sera donc à adresser et à faire valoir contre la ZA AG en cas de litige. Je suis conscient(e) que le dentiste traitant pourra être entendu comme témoin le cas échéant.
- Je consens à ce que la ZA AG demande des informations de solvabilité auprès d'une agence de renseignements commerciaux et que la ZA AG transmet mon nom, ma date de naissance, l'adresse et le motif de la demande.

Confirmation

- Je confirme avoir pris connaissance de l'information aux patients précédente de la ZA AG.
- J'ai été informé sur le fait que je peux révoquer ma déclaration de consentement pour des traitements futurs. En ce qui concerne le traitement en cours, je peux révoquer mon consentement aussi longtemps que le dentiste l'a pas encore transmis les données de mon traitement à la ZA AG.
- Une copie de cette déclaration m'a été remise.

Lieu, date

Signature

Cachet du cabinet

Information aux patients

Chères patientes/chers patients,

Votre dentiste (ci-après nommée : le/la dentiste) entretient une collaboration avec la ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (ci-après nommée ZA AG). Vous trouvez les informations respectives sur Internet sous www.die-za.de. Vous pouvez également vous adresser directement à la société pour demander des renseignements:

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

Coordonnées de notre délégué à la protection des données:

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

Nous avons besoin de votre consentement volontaire selon l'Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO afin que nous puissions intervenir pour votre dentiste. Veuillez immédiatement informer votre dentiste si vous ne désirez pas nous confier la facturation. Il va dans un tel cas facturer ses honoraires à vous.

Vous pouvez révoquer votre déclaration de consentement pour des traitements futurs. Dans un tel cas, votre dentiste va également facturer ses prestations directement. En ce qui concerne le traitement actuel, la révocation de votre déclaration de consentement peut intervenir aussi longtemps que votre dentiste ne nous a pas transmis les données concernant votre traitement.

Votre dentiste va collecter des données personnelles et les mémoriser dans son système informatique. Il s'agit de données qui sont nécessaires à la communication avec vous (nom, adresse, téléphone, e-mail etc.). Par ailleurs, votre dentiste mémorise des données relatives à votre personne (sexe, âge etc.), le traitement et les mesures médicales prises (données sur le traitement selon l'Art. 9 Abs. 1 DSGVO). C'est important du fait que c'est le seul moyen de la/du dentiste de facturer ses prestations selon le barème des honoraires légal. Du fait que votre dentiste nous confie la facturation en tant qu'entreprise d'affacturage, il nous fait parvenir votre nom, votre adresse et les détails des mesures de traitement prises et des données de laboratoire. Les diagnostics sont uniquement transmis au cas où l'assureur contesterait le remboursement - s'il faut alors détailler la nécessité médicale d'un traitement p. ex.

Nous finançons nos prestations par la cession de toutes les créances à la Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). Nous ne transmettons pas de données à caractère personnel à l'apoBank dans le cadre d'une cession.

Nous versons son honoraire au dentiste immédiatement après le traitement. Nous avons donc besoin de sécurités. C'est pour cette raison que nous nous renseignons sur votre solvabilité chez des sociétés de surveillance de la solvabilité à condition d'avoir obtenu votre consentement selon l'Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Nous transmettons alors votre nom, votre date de naissance et votre adresse à la société de surveillance de la solvabilité. Veuillez-vous adresser directement à votre dentiste si vous refusez cette mesure. Il va alors facturer ses prestations à vous.

Vos données seront sauvegardées pendant une période de jusqu'à 10 ans du fait que ces données font partie de notre comptabilité qui est soumise à l'obligation de conservation. Vous pouvez demander des renseignements exhaustifs sur vos données. Vous avez par ailleurs le droit de demander la correction, le blocage, l'effacement et/ou la transmission de vos données. Les Art. 15 ff. DSGVO font foi. Nous employons par ailleurs un outil informatique permettant de contrôler la solvabilité (ZA:riskmanager). Sur la base des données à caractère personnel, cet outil établit automatiquement une évaluation sur les chances d'un recouvrement fructueux de nos créances envers vous. Nous vous remercions de votre compréhension. Nous nous basons à ce sujet sur l'Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Vous avez le droit de porter plainte chez la déléguée à la protection des données du Land Rhénanie-du-Nord-Westphalie à Düsseldorf.

Déléguée à la protection des données et la liberté d'information de la Rhénanie-du-Nord-Westphalie.
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
Téléphone : 0211 38 424 - 0
Fax: 0211 38 424 - 999
E-mail: poststelle@ldi.nrw.de

Avis particulier concernant le traitement d'enfants et d'adolescents

Dans le cadre du traitement d'enfants et d'adolescents, votre dentiste va collecter tant les données à caractère personnel nécessaires (nom, date de naissance) de l'enfant/adolescent que les données à caractère personnel des représentants légaux. Votre dentiste va nous transmettre ces données dans la mesure où la transmission est indispensable à la facturation des prestations médicales. Nous allons mémoriser les données transmises aux fins de la facturation ; nous allons également les employer aux fins de la détermination du risque de défaut et nous transmettons les données des représentants légaux aux sociétés de surveillance de la solvabilité avant le traitement. Veuillez immédiatement informer votre dentiste si vous n'y consentez pas. Il va alors directement vous facturer ses prestations.

Meilleures salutations

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG