

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Campo obligatorio – rellenar a mano o imprimir por ordenador

**Declaración de conformidad****Dado el caso, representante legal u otro destinatario de la factura:**

En caso de personas menores de 18 años/con incapacidad jurídica/capacidad jurídica limitada

Título, nombre, apellido

Fecha de nacimiento

Calle, número

Código postal, localidad

**Consentimiento para la cesión de crédito**

Declaro mi conformidad,

- para que mi odontólogo ceda el crédito que surge de mi tratamiento a ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (abreviado: ZA AG)
- y para que ZA AG ceda a su vez este crédito para la refinanciación a Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (abreviado: apoBank).

**Relevamiento del deber de secreto**

- Libero a mi odontólogo de su deber de secreto médico y declaro mi conformidad para la transmisión de los datos necesarios (nombre, fecha de nacimiento, dirección, datos y procesos del tratamiento, códigos tarifarios, en caso de informes solicitados para su objeto de coste, también diagnósticos) a ZA AG.
- Presto mi conformidad para que tras la cesión del crédito solo ZA AG tenga derecho al crédito y, por esta razón, las objeciones frente al crédito, también en la medida en que surjan del tratamiento y de la historia clínica, se presenten frente a ZA AG y, en caso de litigio, que el odontólogo que me atiende pueda ser interrogado eventualmente como testigo.
- Presto mi consentimiento para que ZA AG event. pida informes de solvencia a una agencia de información crediticia y para ello transmita mi nombre, fecha de nacimiento, dirección y el motivo de la consulta a la agencia de información crediticia.

**Certificación**

- Certifico que he tomado conocimiento de la información para el paciente precedente de ZA AG.
- Tengo conocimiento de que puedo revocar mi declaración de conformidad para tratamientos futuros. Para el tratamiento en curso será posible mientras mi odontólogo no haya transmitido aún mis datos de tratamiento a ZA AG.
- He recibido una copia de esta declaración.

Lugar, fecha

Firma

Sello del consultorio

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección

Campo obligatorio – rellenar a mano o imprimir por ordenador

**Declaración de conformidad**  
(Duplicado para el paciente)

**Dado el caso, representante legal u otro destinatario de la factura:**

En caso de personas menores de 18 años/con incapacidad jurídica/capacidad jurídica limitada

Título, nombre, apellido	Fecha de nacimiento
Calle, número	Código postal, localidad

**Consentimiento para la cesión de crédito**

Declaro mi conformidad,

- para que mi odontólogo ceda el crédito que surge de mi tratamiento a ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (abreviado: ZA AG)
- y para que ZA AG ceda a su vez este crédito para la refinanciación a Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (abreviado: apoBank).

**Relevamiento del deber de secreto**

- Libero a mi odontólogo de su deber de secreto médico y declaro mi conformidad para la transmisión de los datos necesarios (nombre, fecha de nacimiento, dirección, datos y procesos del tratamiento, códigos tarifarios, en caso de informes solicitados para su objeto de coste, también diagnósticos) a ZA AG.
- Presto mi conformidad para que tras la cesión del crédito solo ZA AG tenga derecho al crédito y, por esta razón, las objeciones frente al crédito, también en la medida en que surjan del tratamiento y de la historia clínica, se presenten frente a ZA AG y, en caso de litigio, que el odontólogo que me atiende pueda ser interrogado eventualmente como testigo.
- Presto mi consentimiento para que ZA AG event. pida informes de solvencia a una agencia de información crediticia y para ello transmita mi nombre, fecha de nacimiento, dirección y el motivo de la consulta a la agencia de información crediticia.

**Certificación**

- Certifico que he tomado conocimiento de la información para el paciente precedente de ZA AG.
- Tengo conocimiento de que puedo revocar mi declaración de conformidad para tratamientos futuros. Para el tratamiento en curso será posible mientras mi odontólogo no haya transmitido aún mis datos de tratamiento a ZA AG.
- He recibido una copia de esta declaración.

Lugar, fecha	Firma
--------------	-------

Sello del consultorio

**Advertencia:**  
Las tachaduras y/o modificaciones de las declaraciones precedentes invalidan la declaración de conformidad.

# Información para el paciente

Estimado/a paciente,

Su odontólogo/a (en lo sucesivo, odontólogo) trabaja en conjunto con nosotros, ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (abreviado: ZA AG). Encontrará información sobre nosotros en Internet en: [www.die-za.de](http://www.die-za.de) o directamente de nosotros:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG  
Werftstr. 21  
40549 Düsseldorf  
Telefon: 0211 56 93 - 0  
Correo electrónico: [info@zaag.de](mailto:info@zaag.de)

Nuestro encargado de protección de datos:

Abogado Prof. Dr. Ulf Vormbrock  
Fritz-Vomfelde-Str. 34  
40547 Düsseldorf  
Correo electrónico: [datenschutz@zaag.de](mailto:datenschutz@zaag.de)

Para que podamos desempeñarnos para su odontólogo necesitamos su conformidad voluntaria según Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Si no desea una liquidación a través de nosotros, por favor, informe inmediatamente a su odontólogo al respecto. En ese caso, él mismo liquidará sus honorarios.

Usted puede revocar su declaración de conformidad para tratamientos futuros. En ese caso, su odontólogo también liquidará sus prestaciones directamente con usted. En el tratamiento actual es posible una revocación de su declaración de conformidad mientras su odontólogo no nos haya transmitido aún sus datos de tratamiento.

Su odontólogo recoge datos personales y los almacena en su sistema informático. Se trata de datos que son necesarios para una comunicación con usted (nombre, dirección, teléfono, correo electrónico, etc.). Además, su odontólogo almacena datos que se refieren a su persona (sexo, edad, etc.), al tratamiento y a las medidas médicas llevadas a cabo (datos de tratamiento según Art. 9 Abs. 1 DSGVO. Esto es importante, ya que solo así su odontólogo podrá liquidar correctamente sus actividades de acuerdo con el reglamento legal de honorarios. En calidad de oficina de liquidación, recibimos de su odontólogo su nombre, su dirección y una presentación de las medidas de tratamiento realizadas y datos de laboratorio. Los diagnósticos solo se transmiten si fuera necesario en el marco de reclamaciones de reintegros por parte del objeto de costes, p. ej., para explicar la necesidad médica de un tratamiento.

Financiamos nuestras prestaciones a través de una cesión de todos los créditos a Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank). No obstante, no se transmiten datos personales a apoBank.

Después de su tratamiento, pagamos de inmediato a su odontólogo y quisiéramos, por lo tanto, asegurarnos. Por esta razón, antes del tratamiento pedimos informes de solvencia sobre usted en agencias de información crediticia si usted nos otorga su conformidad para ello según Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. En ese caso, transmitimos su nombre, su fecha de nacimiento y su dirección a la agencia de información crediticia. No obstante, si usted no lo deseara, diríjase por favor directamente a su odontólogo. Entonces él mismo liquidará sus prestaciones.

Sus datos se almacenan por un período de hasta 10 años, ya que estos datos están sujetos a conservación como parte integrante de nuestra contabilidad. Usted puede solicitar que le brindemos información amplia respecto a sus datos. Además, tiene derecho a solicitarnos la rectificación, el bloqueo, la supresión y/o la transmisión de sus datos. Se aplican Art. 15 ff. DSGVO. Por otra parte, trabajamos internamente con una herramienta de solvencia basada en software (ZA:riskmanager). Esta determina en forma automatizada, en virtud de datos personales, una estimación acerca de si un crédito puede llevarse adelante frente a usted en forma exitosa y en qué medida. También para ello le solicitamos su conformidad según Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el encargado de protección de datos competente del estado de Renania del Norte-Westfalia en Düsseldorf:

Encargado estatal de protección de datos y libertad de información de Renania del Norte-Westfalia  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf  
Teléfono: 0211 38 424 - 0  
Fax: 0211 38 424 - 999  
Correo electrónico: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

## Advertencias especiales en el tratamiento de niños y jóvenes

En el tratamiento de niños y jóvenes su odontólogo recoge tanto los datos personales que necesita (nombre, fecha de nacimiento) del niño/joven, como también los datos personales de los representantes legales. En la medida en que estos datos sean necesarios para la liquidación de las prestaciones médicas, su odontólogo nos transmitirá estos a nosotros. Nosotros almacenamos los datos transmitidos para la liquidación; también los empleamos para la determinación del riesgo de incumplimiento y a su vez transmitimos los datos de los representantes legales antes del tratamiento a las agencias de información crediticia. Si no lo deseara, infórmelo al respecto inmediatamente a su odontólogo. Entonces realizará la liquidación directamente con usted.

Atentamente,

**ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG**