

**Глубокоуважаемая пациентка,  
глубокоуважаемый пациент**

Friedrichstraße 180 • 10117 Berlin  
 Telefon: 030 / 886 226 - 0  
 Telefax: 030 / 886 226 - 309  
 E-Mail: info@citypraxen.de  
 www.citypraxen.de

**Для того, чтобы мы смогли предложить Вам весь спектр  
медицинских услуг, заполните, пожалуйста, полностью  
данную анкету. Спасибо.**

**Ваш коллектив клиники**

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| Фамилия / Nachname                         | Имя / Vorname  | Дата рождения / Geburtsdatum |
| Улица, дом / Straße, Hausnummer            | Индекс, город / PLZ, Ort   | Страна / Land                |
| Телефон / Telefon privat                   | Мобильный телефон / Telefon mobil  |                              |
| Профессия / Занятость<br>Beruf / Tätigkeit | E-Mail (только для передачи личной информации – никакой рекламы)<br>E-Mail (Verwendung nur für persönliche Benachrichtigungen – keine Werbung) |                              |
| Мед. страховка / Krankenversicherung       | № мед. полиса / Versicherungsnummer  |                              |

Пожалуйста проинформируйте следующих врачей о мед. заключениях и терапии:  
Bitte informieren Sie folgende Ärzte über Befunde und Therapie:

|             |                   |                                     |
|-------------|-------------------|-------------------------------------|
| Врач / Arzt | Адрес / Anschrift | Телефон / E-Mail / Telefon / E-Mail |
|-------------|-------------------|-------------------------------------|

В случае, если я нахожусь вне доступа, передайте, пожалуйста, всю информацию следующей персоне:  
Wenn ich nicht erreichbar bin, können Sie in dringenden Fällen folgende Person benachrichtigen:

|                              |   |                                     |
|------------------------------|---|-------------------------------------|
| Фамилия, имя / Name, Vorname | Степень родства / Verwandtschaftsverhältnis | Телефон / E-Mail / Telefon / E-Mail |
|------------------------------|---|-------------------------------------|

**Указание**

- Лечение может быть произведено лишь в том случае, если предоставлено действительное заявление о согласии/заявление об отказе от конфиденциальности для расчета гонораров врачей через PVS.

**Заявление о согласии**

- Ваша больничная касса уведомила вас о тарифах на мед. обслуживание, некоторых ограничениях и исключениях из списка мед. услуг. Мне известно и я согласен, что врачи CityPraxen<sup>BERLIN</sup> оказывают медицинские услуги исключительно на платной основе, а их гонорары рассчитываются в соответствии с „Положением о тарифах на мед. услуги“ (GOÄ) и тарифная ставка может возрасти до 3,5 раз. Сокращения тарифных ставок, принятые в одностороннем порядке вами или вашей страховой компанией не принимаются. Устные соглашения не применяются. Для документов, составленных на двух языках, в случае разночтения действительным является текст на немецком языке.
- Я подтверждаю своё согласие на сохранение моих данных, вкл. мед. информацию, в CityPraxen<sup>BERLIN</sup>, как это предусмотрено законом, для применения в целях CityPraxen<sup>BERLIN</sup> и на доступ к этим данным врачей, работающих в CityPraxen<sup>BERLIN</sup>. Отказ возможен только в письменном виде.
- Сообщения, включая мед. заключения, могут быть мне высланы по электронной почте.

Berlin,

|             |                             |         |
|-------------|-----------------------------|---------|
| Место, дата | Фамилия (печатными буквами) | Подпись |
|-------------|-----------------------------|---------|

## Согласие/Заявление об освобождении от обязанности конфиденциальности

(Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung)

Уважаемый пациент!

Компания PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (далее: PVS), адрес: Invalidenstr. 92, 10115 Berlin (Берлин), Германия, берет на себя оценку стоимости врачебных/лечебных услуг, выставление счета и прием от вас оплаты стоимости услуг.

PVS — это самостоятельная компания, часть группы компаний PVS holding GmbH, которая является одновременно их материнской компанией. Материнская компания по поручению PVS берет на себя ведение бухгалтерии, готовит инфраструктуру электронной обработки данных, отвечает за техническое обслуживание и уход, а также за печать и рассылку почты. Компания PVS выступает в роли ответственного учреждения по правовой защите данных и обеспечению ваших прав в рамках необходимой обработки данных, а также отвечает на ваши вопросы.

Сотрудники вышеупомянутых компаний наравне с врачами являются носителями служебной тайны и обязаны не разглашать профессиональную тайну и следовать положениям защиты данных.

Оплата услуг производится по поручению доверителя в компанию PVS. PVS выставляет счет от своего имени, взимает оплату на свой счет и выступает в роли контактного лица для вас. При этом до окончательной выплаты компания PVS в вопросах определения размера выплат следует указаниям поставщика медицинских услуг, под чьим контролем находится вся процедура.

Подписывая этот документ, вы выражаете свое согласие на передачу оплаты возмещения и обработку данных в целях выставления счетов, взыскания денежного требования и оценки медицинских услуг. Ваши персональные данные, связанные с лечением, такие как адрес, дата рождения, страховая компания, соответствующие тарифы, дни лечения, предоставленные в соответствии с преискурantom услуги, а также соответствующие диагнозы будут переданы вышеупомянутым компаниям группы PVS. Ваше лечение никак не связано с этим согласием. Вы можете исключить из этого согласия отдельные процедуры лечения. В таком случае поставщик медицинских услуг должен быть произвести расчет самостоятельно. В связи с этим для вас не возникнет никаких трудностей.

В будущем вы в любое время можете отозвать ваше согласие. До момента вступления в силу отзыва осуществляемая обработка данных остается правомочной. Однако и затем ваши данные могут быть подвержены дополнительной обработке в объеме, требуемом законом. Отзыв может быть передан поставщику услуг или компании PVS в виде письменного заявления с указанием вашего имени и адреса (при необходимости номера счета на оплату). И в этом случае для вас не возникнет никаких трудностей.

Дальнейшую информацию о защите данных в компании PVS и ваших правах можно найти на сайте: [www.ihre-pvs.de/datenschutz](http://www.ihre-pvs.de/datenschutz)

**Настоящим я выражаю свое согласие на обработку персональных данных со стороны компании PVS для вышеупомянутых целей и одновременно освобождаю поставщика медицинских услуг и его профессиональных сотрудников от обязанности сохранения медицинской тайны.**

\_\_\_\_\_  
Дата (Datum)

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента (Unterschrift Patient/in)

## Регистрация пациента для лечения частным образом (Anmeldung für Privatpatienten)

### Пациент (Patient)

\_\_\_\_\_  
фамилия (Name)

\_\_\_\_\_  
ИМЯ (Vorname)

\_\_\_\_\_  
дата рождения (geb. am)

### Плательщик/получатель счета (Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger)

\_\_\_\_\_  
фамилия (Name)

\_\_\_\_\_  
ИМЯ (Vorname)

\_\_\_\_\_  
дата рождения (geb. am)

\_\_\_\_\_  
профессия\* (Beruf)

\_\_\_\_\_  
тел. для связи\* (tel. erreichbar)

\_\_\_\_\_  
улица (Straße)

\_\_\_\_\_  
адрес электронной почты\* (E-Mail Adresse)

\_\_\_\_\_  
индекс(PLZ)

\_\_\_\_\_  
место проживания (Wohnort)

\_\_\_\_\_  
работодатель\* (Arbeitgeber)

\_\_\_\_\_  
медицинская страховка/страховая организация\* (Krankenversicherung/Kostenträger)

\_\_\_\_\_  
тариф\* (Tarif)

\_\_\_\_\_  
домашний/лечащий врач\* (Hausarzt/überweisender Arzt)

**\* Эти данные указываются добровольно. Если Вы не укажете данную информацию, это не приведет к каким-либо недостаткам в обслуживании. Однако возможность, к примеру, связаться с вами по телефону может быть полезной.**