

DATOS PERSONALES · PERSÖNLICHE DATEN · PERSONAL DETAILS

MAYÚSCULAS – GROSSBUCHSTABEN – BLOCK CAPITALS

Vorname · Name · Nombre.....

Nachname · Surname · Apellidos.....

Geburtstag · Date of Birth · Fecha de nacimiento

Passnummer · ID number · NIE.....

Tel: Fax.....

E-mail · Correo electrónico.....

Versicherung · Insurance · Seguro.....

ADRESSE · ADDRESS · DIRECCIÓN RECHNUNGSANSCHRIFT · INVOICE ADDRESS ·

.....
.....

Sind Ihnen Allergien bekannt? · Do you have any allergies · Tiene alergias?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche? · Do you take medication regularly, which? · ¿Está tomando medicación regularmente, cuál?

.....

Wie haben Sie uns gefunden? · How did you find us · Cómo nos ha conocido?

- Anuncio · Werbung · Advertisement Internet
- Recomendación · Empfehlung · Recommendation Andere – other - otros

Sollten Sie einen abschließenden Bericht (Kurzbericht 30€ / ausführlicher Bericht 80€) benötigen, sagen Sie uns bitte kurz vor Beginn der Behandlung Bescheid und in welcher Sprache dieser gewünscht wird. / If you should require a medical report (short report 30€ / detailed report 80€), please let us know before the consultation (also in which language).

Als Selbstzahler bin ich als der Vertragspartner der Palma Clinic zur Zahlung des Entgeltes für die ärztlichen Leistungen verpflichtet. Dies ist unabhängig davon, ob meine Versicherung die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt oder nicht.
As self-payer and contractual patient of Palma Clinic I am obliged to pay the fee for the medical services. This is irrespective of whether my insurance covers the cost of all services or not.
Como paciente privado y contratante de la Palma Clinic, tengo la obligación de completar el pago por los rendimientos médicos. Esto es independiente de la proporción sobre el pago total que cubre mi seguro médico.

Palma de Mallorca ,

.....
Unterschrift · Signature · Firma

CLÁUSULA PACIENTES

PALMA DE MALLORCA, a dede 20....

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de FRIEDRICH ANDREAS NOBBE con NIE X2964711M y domicilio social sito en CAMI DELS REIS 308, BLOQUE A 3º, 07010 PALMA DE MALLORCA (ILLES BALEARES), con la finalidad de prestarle el servicio de atención sanitaria requerida y gestionar su historial clínico. En cumplimiento con la normativa vigente, FRIEDRICH ANDREAS NOBBE informa que los datos serán conservados durante un plazo legalmente establecido. Adicionalmente, FRIEDRICH ANDREAS NOBBE informa que para la prestación del servicio será necesario el tratamiento de sus datos de salud.

Con la presente cláusula queda informado de que sus datos serán comunicados en caso de ser necesario a: médicos, clínicas, radiologías, bancos y cajas, administraciones públicas y a todas aquellas entidades con las que sea necesaria la comunicación, con la finalidad de cumplir con la prestación del servicio anteriormente mencionado.

ES Los datos incluidos en mi historial clínico puedan ser comunicados a los médicos asociados al grupo PALMA-CLINIC, a otros médicos o clínicas asociadas. Permito con esta firma el envío de resultados / informes por email.

DE Die Details meiner Krankenakte dürfen an Ärzte der PALMA CLINIC, und/oder andere Ärzte/ Kliniken kommuniziert werden. Mit meiner Unterschrift, erlaube ich, meine Befunde / Berichte per Email zu versenden.

EN Details of my medical history can be communicated to other doctors in PALMA CLINIC or other doctors/ clinics. I allow my results / reports to be sent to me by email.

Acepto / Ich akzeptiere / I accept

No acepto / ich akzeptiere nicht / I don't accept

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de FRIEDRICH ANDREAS NOBBE, dirigiéndose por escrito a la dirección de correo dpo.cliente@conversia.es o al teléfono 902877192.

FRIEDRICH ANDREAS NOBBE informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que FRIEDRICH ANDREAS NOBBE se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico nobbe@palma-clinic.com. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna. En último lugar, FRIEDRICH ANDREAS NOBBE informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.

Falls Sie Unstimmigkeiten mit der Datenschutzerklärung haben, halten Sie bitte Rücksprache mit dem Palma Clinic Team

If you have any discrepancies with the personal data protection consent, please consult the Palma Clinic Team.

Nombre / Name:

Firma/Unterschrift/ Signature:

DNI/ NIE / Pasaporte: