

患者姓、名、地址**

出生日期**



**請填寫這些欄位

尊敬的患者：

為竭誠為您和您的健康服務，我們決定將賬單開具功能移交至專業合作夥伴，即



BFS health finance GmbH
Hülshof 24 . 44369 Dortmund
電話：0231-94 53 62-600
傳真：0231-94 53 62-688
patientenservice@meinebfs.de

BFS可確保您的賬單能夠快速、方便、準確地開具。BFS精通賬單開具服務，是專業、可信賴的合作夥伴，並能夠依您的需求提供部分付款選項。

為實現在賬單開具方面與BFS合作，我們需要您的書面同意。為此，請在隨附的聲明書上進行簽字，提供您的同意意見。相關資料保護的詳情請見我們的資訊表。

相關BFS資料保護及您的權利的詳情可前往：

<https://meinebfs.de/datenschutz/>

感謝您的信任

* 不可對上述說明進行任何刪改，否則同意意見將視為無效。

同意書*

未成年人/無法履行法律者/有能力障礙者的法定代表

名

姓

出生日期

街/路

房號

郵政編碼/城市

我認以下內容：

- 醫生就賬單出具事項透過BFS向BFS提出申請(包括開始治療之前)；
- BFS在必要時從信用機構處獲取信用資訊(包括名字、出生日期和患者或支付方地址)；
- 向BFS轉交因治療而產生的報銷事項；
- BFS向再融資銀行轉交報銷事項(Landesbank 1 Hessen-Thüringen 票據交換所)；
- 向BFS及(在某些情況下)再融資銀行轉交相關賬單出具和執行報銷的必要資訊(如名字、出生日期、地址、診療情況、治療碼、治療內容和過程)；
- BFS臨時使用我的資料以測試開發系統及優化內部賬單開具流程，操作後刪除該資料；

我瞭解BFS將負責就我的醫師提供的服務向我開具賬單并報銷發票費用。

醫生(執業章/診所章)

若對報銷事項存有異議，可請求醫師作見證者參與相關紛爭。

開具結束後，相關資料將被刪除。法定保留期限。

父母雙方都有孩子監護權且僅有一位家長出席。

我在此聲明，我作為該未成年人的法定監護者有權單方面就賬單開具所需的本人孩子的資訊代另一位家長(有監護權且當時未出席)對聲明表達同意意見。

請選取此聲明旁邊的方框進行確認。

免除保密責任

我同意就所述情境免除我的醫師、醫師代表和BFS的保密義務。
上述聲明可以書面形式被撤銷並在未來生效

日期

患者或法定代表人簽名

Name, Vorname, Anschrift Patient:in**

geboren am**



**Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH
Hülshof 24 . 44369 Dortmund
Telefon 0231-94 53 62-600
Fax 0231-94 53 62-688
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

<https://meinebfs.de/datenschutz/>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.

Einverständniserklärung*

Gesetzliche:r Vertreter:in bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler:in (Praxisstempel/Klinikstempel)

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der/die Behandler:in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge:in gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine:n Behandler:in, der/die Vertreter:in und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche:r Vertreter:in

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandelnden bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des/der Patienten:in/ Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u. a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,
- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines/meiner Behandlers:in mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.