Cabinet/clinique

Nom, Prénom, Adresse du patient / de la patiente**

Né(e) le**

**Veuillez impérativement remplir ces champs

Chère patiente, Cher patient,

Nous souhaitons nous concentrer totalement sur vous et votre traitement. C'est pourquoi nous avons décidé de confier la facturation à un partenaire compétent :

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

BFS garantit le traitement rapide, simple et correct de votre facture. Elle est également votre interlocutrice agréable et compétente dans tous les aspects ayant trait à la facture et vous propose aussi, si vous le souhaitez, des possibilités de paiements échelonnés.

Afin de permettre la facturation en coopération avec BFS, nous avons besoin de votre consentement écrit. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir donner votre accord en signant les déclarations ci-contre. Pour de plus amples informations sur la protection des données, veuillez consulter notre fiche d'information.

Vous trouverez de plus amples informations sur la protection des données chez BFS et sur votre droits sur :
https://meinebfs.de/ datenschutz/

Nous vous remercions de votre confiance.

* Il est interdit de supprimer et/ou de modifier des éléments des déclarations susmentionnées sous peine de rendre la déclaration de consentement caduque.

Déclaration de consentement*

Représentant(e) légal(e) pour les mineurs / personnes dans l'incapacité d'accomplir des actes juridiques / personnes ayant une capacité limitée à accomplir des actes juridiques

Prénom

Nom | Date de naissance

Rue | N°

CP / Ville

Je déclare expressément consentir

- à une éventuelle demande de renseignements par le praticien auprès de BFS concernant la facturation effectuée par BFS, même avant le début du traitement,
- à l'obtention d'informations sur ma solvabilité par BFS auprès d'une agence de renseignements (en indiquant le nom, la date de naissance et l'adresse du patient/ débiteur), si nécessaire,
- à la cession à BFS des créances résultant du traitement,
- à la cession ultérieure des créances par BFS à la banque de refinancement (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- à la transmission à BFS et, le cas échéant, à la banque de refinancement, des informations requises aux fins de la facturation et de la revendication des créances (entre autres nom, date de naissance, adresse, diagnostic, coefficients de prestations, données relatives au traitement et à son déroulement,
- à une utilisation limitée dans le temps de mes données par BFS aux fins de l'évaluation du système de développement et de l'optimisation des processus internes en matière de facturation ; avec effacement consécutif des données.

J'ai été informé(e) que BFS règlera les prestations en mon nom à mon praticien et me présentera ensuite le montant de la facture due.

Médecin traitant
(Cachet du cabinet/Cachet de la clinique)

En cas de désaccords sur le bien-fondé de la revendication, le praticien peut être entendu en tant que témoin en cas d'un éventuel litige.

Les données seront supprimées après la clôture de la procédure. Les délais de conservation légaux sont applicables.

Les deux parents détiennent l'autorité parentale et un seul parent est présent.

☐ Je déclare par la présente, en ma qualité de représentant légal, être seul habilité à donner mon consentement pour la transmission des informations de mon enfant requises aux fins de la facturation au parent détenant l'autorité parentale absent.

Veuillez confirmer en cochant ce qui convient.

Déliement du secret professionnel

Je décharge mon praticien, son représentant et BFS de leur obligation de respecter le secret professionnel dans le cadre exposé dans les présentes.

Les déclarations susmentionnées peuvent être révoquées par écrit à effet immédiat.

Date

Signature du patient / du représentant légal

Praxis/Klinik

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

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 Auskunftei 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.

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