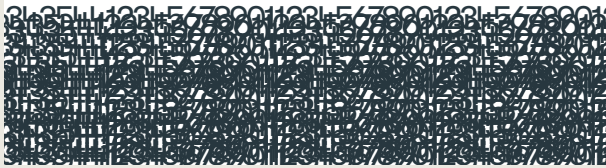


患者の姓、ファーストネーム、住所**

生年月日 **



**これらの項目にご記入ください

患者各位

私たちは皆様とその治療を十分に重視したいと考えております。そのため、適任であるパートナーへの請求書作成業務の引き渡しを決定しました。



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

BFSでは、皆様の請求書作成に関して迅速、単純、かつ正確な処理を保証いたします。あらゆる請求書作成業務における親切で有能なパートナーとして、ご希望により部分支払いのオプションをご提供します。

BFSと協力して請求書の発行を実現するためには、皆様の書面による同意が必要です。したがって、皆様には付属の宣言書に署名し、内容に同意していただくようお願い申し上げます。

よろしく申し上げます。

* 前述の説明を削除あるいは変更することは許可されておらず、削除、変更すると同意が無効となります。

同意書**

未成年者の場合の法定代理人 / 法的無能力者 / 法的制限行為能力者
ファーストネーム

姓 生年月日 生年月日

通り名、 番地

郵便番号 / 都市名

私は以下に同意することを認めます。

- たとえ治療開始前であっても、BFSによる請求書発行に関して医師がBFSに依頼すること。

- 必要である限り、BFS が(患者/支払者の氏名、生年月日、住所を述べて)信用調査所で信用情報を入手すること。

- 治療から発生した請求権をBFSに譲渡すること。

- BFSが借り換え銀行 (Landesbank Hessen-Thüringen 情報センター)にさらに請求権を譲渡すること

- 請求書作成および請求の実施に必要な情報を、(例氏名、生年月日、住所、診断、治療コード、治療の詳細とプロセス) BFS 及びおそらくは借り換え銀行に伝えること。

- BFSが私のデータを開発システムの試験および社内請求作成プロセスの最適化のために一時的に使用すること。

私はBFS から開業医の診療に対する料金およびインボイスの金額を請求される旨の通知を受けています。

医師
(医師の証印/診療所の証印)

請求の有効性に関して異議がある場合は、開業医は証人として相反に関する聴取を受ける場合があります。

プロセス終了後にデータは削除されます。法定保持期間。

守秘義務の取り消し

私は開業医、その代表者、BFSに対して記載された状況における守秘義務を免除します。

以上の声明は、今後効力を有し書面にて取り消されることがあります。

日付

患者または法定代理人の署名

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

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.

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