성(姓), 이름, 주소**

생년월일**

안녕하세요.

당 기관은 귀하의 진료에 최선을 다할 것입니다. 진료 비용은 관련 기관에 전달됩니다.

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

는 청구서를 신속하고 이해하기 쉽도록 작성하여 전달합니다. 모든 청구 절차는 투명하게 진행하여 신뢰할 수 있으며, 필요 시 분할 지불에 대한 요청을 하실 수 있습니다.

와 협력하여 청구 절차를 진행하기 위해 귀하의 동의가 필요합니다. 첨부된 양식에 서명하여 동의 의사를 표시해 주십시오. 데이터 보호에 대한 자세한 정보를 참조해 주십시오.

데이터 보호와 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 아래 링크를 참조해 주십시오.

감사합니다.

* 위 내용의 변경 및 삭제는 허용되지 않으며, 동의 내용을 변경하는 것은 효력이 없습니다.

정보 동의서*

법적 대리인(미성년자 한정치산자/금치산자)

이름

성(姓) 생년월일

주소(거리) 번지

우편번호/도시명

아래 항목에 동의합니다.

- 진료 시작 이전을 포함하여 의사가 BFS를 통한 청구서와 관련하여 BFS에 요청하는 경우
- 필요한 경우 BFS이름, 생년월일, 환자/지불인 주소 명시)가 신용기관이 제공하는 신용정보를 취득하는 경우
- BFS에 진료 클레임 배정
- BFS의 청구를 리파이낸스 은행에 추가 배정((Landesbank Hessen-Thüringen 클리어링 하우스)
- 클레임 합의와 주장을 위해 정보의 전달이 필요합니다.
  관련 정보(위에 명시된 이름, 생년월일, 주소, 진단 내용은 수치, 진료 데이터, 과정에 영향을 줄 수 있습니다)는 BFS및 리파이낸스 은행(적용 가능한 경우)에 전달됩니다.
- BFS가 본인의 데이터를 임시로 사용하는 경우 청구를 위한 진행 과정을 확인하고 내부 절차를 최적화하기 위한 목적입니다. 추후 관련 데이터를 삭제할 수 있습니다.

본인은 BFS가 의사의 진료에 대해 비용을 청구하고 청구 금액을 클레임한다는 정보를 받았습니다.

개업의: in (실습 스탬프/클리닉 스탬프)

클레임의 합법성에 대한 다른 의견이있 는 경우 의료 관계자가 과정에 증인 자격으로 참여할 수 있습니다.

과정이 완료되면 관련 데이터는 삭제됩니다. 법규에서 규정한 유지 기간이 적용됩니다.

부모가 법적 대리인이며, 그 중 한 명이 동행합니다.

☐ 본인은 법적 대리인 자격을 가지며 참석하지 못한 부모를 대신하여 진료비 청구를 위한 아동의 정보에 대해 동의를 대신합니다.
위 상자에 체크 표시해 주십시오.

비밀 보장

규정에 따라 비밀을 보장하여본 인의 의사, 대리인, BFS에관 련 정보를 전달합니다.

필요한 경우 추후 서면으로 취소할 수 있습니다.

일자

환자 또는 법적 대리인의 서명

Name, Vorname, Anschrift Patient:in**

geboren am**

**Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Praxis/Klinik

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