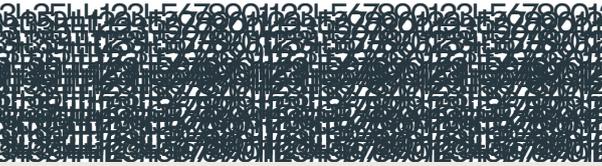


Nume, prenume, adresă pacient(ă)**
născut(ă) la data de**



**Vă rugăm, completați neapărat aceste câmpuri

Dragă pacientă, drag pacient,

Dorim să ne concentrăm pe deplin asupra dumneavoastră și asupra tratamentului dumneavoastră. De aceea, ne-am decis să transferăm facturarea unui partener competent:



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

BFS asigură procesarea rapidă, simplă și corectă a facturii dumneavoastră. De asemenea, este partenerul dumneavoastră de contact prietenos și competent în toate aspectele legate de factură și vă oferă la cerere și posibilități de plată în rate.

Pentru a face posibilă facturarea în cooperare cu BFS, avem nevoie de consimțământul dumneavoastră scris. De aceea vă rugăm să ne dați acordul dumneavoastră prin semnarea declarațiilor alăturate. Vă rugăm să aveți în vedere foaia noastră informativă pentru informații suplimentare cu privire la protecția datelor.

Informații mai detaliate referitoare la tema protecției datelor la BFS și la drepturile dumneavoastră găsiți pe site-ul web la adresa: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

Vă mulțumim pentru încrederea dumneavoastră.

* Tăieri de texte și/sau modificări ale declarațiilor de mai sus nu sunt permise și fac ca această declarație de consimțământ să fie nulă de drept.

Declarație de consimțământ*

Reprezentant(ă) legal în cazul minorilor/celor fără capacitate de exercițiu/cu capacitate de exercițiu restrânsă Prenume
Prenume

Nume Data nașterii

Strada nr.

Cod poștal/localitate

Unitatea medicală de tratament
(ștampila cabinetului medical/ștampila clinicii)

Dacă vor exista păreri diferite cu privire la dreptul asupra creanțelor, unitatea medicală de tratament poate fi audiată în calitate de martor în cazul unei eventuale dispute.

După finalizarea procedurii, datele se șterg. Se aplică perioadele de păstrare legale.

Ambii părinți au custodia și este prezent doar un singur părinte.

Declar prin prezenta, în calitatea mea de reprezentant legal, că sunt împuternicit de către ≠ parte parentală care are custodie să acord eu singur consimțământul pentru comunicarea informațiilor necesare pentru facturare referitoare la copilul meu.

Vă rugăm să confirmați prin bifare.

Eliberarea de obligația de confidențialitate

Eliberez unitatea mea medicală de tratament, pe reprezentanții săi și pe BFS în cadrul menționat de obligația lor de confidențialitate.

Declarațiile anterioare pot fi revocate în scris, cu efect pentru viitor.

Data

Semnătura pacientului resp. a reprezentantului legal

Mă declar în mod expres de acord cu

- posibila cerere a unității medicale de tratament la BFS privind facturarea de către BFS, chiar și înainte de începerea tratamentului,
- obținerea de către BFS a unei informații de bonitate de la o unitate de creditare (prin menționarea numelui, datei nașterii și adresei pacientului/plătitorului), în caz că este necesar,
- cesiunea creanțelor rezultate din tratament către BFS,
- cesiunea creanțelor de către BFS în continuare către banca de refinanțare (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale)
- comunicarea informațiilor necesare pentru facturare și pentru revendicarea creanțelor (printre altele, nume, data nașterii, adresa, diagnostic, date de performanță, date și proceduri de tratament) către BFS și, eventual, către banca de refinanțare,
- utilizarea pe durată limitată a datelor mele de către BFS pentru verificarea sistemului de dezvoltare și pentru optimizarea proceselor interne de facturare; urmată de ștergerea datelor.

Am fost informat asupra faptului că BFS îmi facturează prestațiile unității mele medicale de tratament și îmi va solicita contravaloarea facturii.

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.