Consulta/Clínica

Apellidos, nombre, dirección del paciente**

nacido el**

**Por favor completar los campos obligatorios

Estimado paciente,

Nuestra prioridad es dedicarnos única y plenamente a usted y a su tratamiento. Por este motivo, hemos decidido encomendar las tareas de facturación a un socio competente en esa materia.

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

BFS garantizia la tramitación correcta, rápida y sencilla de su factura. Al mismo tiempo ofrece un servicio de atención atento y competente para todo tipo consultas relativas a la facturación y, si lo desea, posibilidades de pago a plazos.

Para poder colaborar con BFS en las tareas de facturación precisamos su conformidad por escrito. Para ello, le solicitamos que nos haga llegar su consentimiento firmando las declaraciones que se adjuntan. Para más información sobre la protección de datos, consulte nuestra hoja informativa, por favor.

Para más información sobre el tema de la protección de datos en BFS y sus derechos, ingrese a: **https://meinebfs.de/protecciondedatos**

Le agradecemos su confianza.

* Está prohibida cualquier modificación o supresión de las anteriores declaraciones y deja sin efecto la declaración de conformidad.

Declaración de conformidad*

Tutor legal en caso de menores de edad/incapacitados/ personas con capacidad jurídica limitada

Nombre

Apellidos | Fecha de nacimiento

Calle | N.°

C. P./Localidad

Por la presente, declaro mi expresa conformidad para

- que el terapeuta pueda solicitar información a BFS sobre el cobro a través de BFS, incluso antes de iniciar el tratamiento,
- que BFS solicite información sobre la solvencia a una agencia de informes crediticios (especificando el nombre y los apellidos, la fecha de nacimiento y la dirección del paciente/deudor del pago) si fuera necesario,
- que se cedan a BFS los derechos de cobro resultantes del tratamiento,
- que BFS ceda dichos derechos de cobro a la entidad refinanciadora (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- que se transfiera a BFS la información necesaria para facturary hacer efectivos los derechos de cobro (p.ej. nombre y apellidos, fecha de nacimiento, diagnóstico, cifras de la prestación, datos y desarrollo del tratamiento).

He sido informado de que BFS se encargará de facturar las prestaciones de mi terapeuta y de hacer efectivo el cobro del importe de dicha factura.

Terapia a cargo de
(sello de la consulta/de la clínica)

Si se dieran discrepancias en lo que respecta a la legitimidad de los derechos de cobro, el terapeuta podrá prestar declaración como testigo en un posible conflicto.

Una vez finalizado el proceso, los datos serán eliminados. Rigen plazos de almacenamiento de datos legales.

La custodia corresponde a ambos progenitores, pero solo uno está presente.

☐ Por este medio, declaro, en mi carácter de representante legal, estar facultado/a por el progenitor ausente, con quien comparto la custodia, para otorgar el consentimiento único para transmitir la información necesaria de mi hijo/a para la facturación.

Confirmar con una cruz, por favor.

Exención de la confidencialidad profesional

En dicho marco eximo a mi terapeuta, su sustituto y a BFS de su deber de confidencialidad.

Las declaraciones anteriores podrán ser revocades por escrito con efecto para el futuro.

Fecha

Firma del paciente o representante legal

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