* إستمارة موافقة

Dienstleister mit geprüftem Datenschutzmanagement
TÜVRheinland ZERTIFIZIERT
www.tuv.com ID 0000044064

الطبيب المعالج
(خاتم العيادة / خاتم المستشفى)

الممثل القانونى / الممثلين القانونيين فى حالة القصر و عديمى الأهلية القانونية و ذوى الصلاحيات المحدودة . الإسم الأول

إسم العائلة

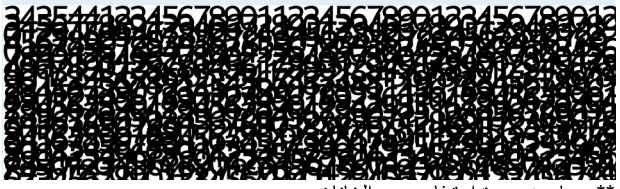
إسم الشارع و رقم المنزل | تاريخ الميلاد

رقم التوجيه البريدى

الموقع

* * إسم العائلة , الإسم الأول , عنوان المريض .

** مولود بتاريخ .



** رجاء ضرورة إستيفاء جميع الخانات .

إذا ما كان هناك خلاف حول صحة المطالبات ،

فإنه من الممكن الإستماع إلى رأى الطبيب كشاهد محتمل فى الخلاف .

بعد الانتهاء من هذه العملية، سيتم حذف البيانات. فى هذا الصدد تفعل فترات الاحتفاظ القانونية .

الإعفاء من بيان من السرية.

أقر بأننى أعفى طبيبى المعالج و ممثليه و شركة BFS من إلتزامهم بالإلتزام بالسرية فيما يتعلق بالكتمان .

.

الإقرار السابق ذكره يمكن إلغاؤه كتابة و بسرى الإلغاء على ما يحدث لاحقا .

أقر بموافقتى التامة بخصوص

أى طلب يقدم من الطبيب إلى BFS بخصوص نظام الفواتير من خلال BFS حتى و لو كان ذلك قبل بداية العلاج .

الحصول على البيانات الإئتمانية من قبل مكتبBFS للإئتمان . (يبين فيه الإسم و تاريخ الميلاد و عنوان المريض / القائم بالسداد) و ذلك بقدر الحاجة إلى البيانات .

إحالة المطالبات الناشئة عن العلاج إلى B FS.

إحالة جميع المطالبات من خلالBFS إلى بنك إعادة التمويل . (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale) ,

إحالة المعلومات اللازمة لإعداد الفواتير وإنفاذ المطالبات (مثل الاسم وتاريخ الميلاد، العنوان، التشخيص، رموز العلاج وتفاصيل العلاج إلىBFS و إيضا إلى بنك إعادة التأهيل إذا ما كان ذلك ممكنا .

الاستخدام المؤقت لكافة البيانات الخاصة بي من قبل موظفي BFS وذلك بغرض إختبار نظام التنمية و تحسين عمليات الفوترة الداخلية للوضعالأمثل، مع حذف هذه البيانات لاحقا.

لقد أحطت علما بأن شركة BFS سوف تقدم لى فاتورة بخصوص الخدمات التى قدمت إلى من قبل اللذين قاموا بمعالجتى و سوف تطالبنى بسداد قيمة الفاتورة .

عزيزتي المريضة / عزيزى المريض ،

نريد أن نركز بشكل كامل عليك وعلى علاجك. لهذا السبب قررنا نقل الفواتير إلى شريك مختص بذلك :

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

شركة BFS تضمن ألإعداد السريع و الدقيق و الخالى من التعقيدات لفواتيرك , إنها شريك جيد يسهل التعامل معه فى جميع مناحى الفاتورة و يمكنه بناء على طلب منك قبول السداد على دفعات (أقساط).

نحن فى إحتياج لموافقتك الكتابية لإمكان تفعيل نظام الفواتير من خلال شركة BFS.

لذلك، فإننانرجوكم اعطائنا موافقتكم الكتابية من خلال التوقيع علىألإستمارة المرفقة . و نشكركم على ثقتكم .

لا يجوز إجراء أى حذف / أو إضافة على مشمول ألإقرار السابق و يجعله غير سارى المفعول .

Einverständniserklärung*

Dienstleister mit geprüftem Datenschutzmanagement
TÜVRheinland ZERTIFIZIERT
www.tuv.com ID 0000044064

Behandler
(Praxisstempel/Klinikstempel)

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/ Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

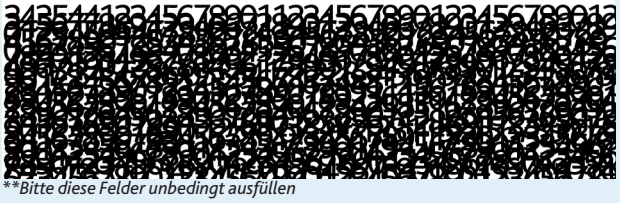
Nachname | Geburtsdatum

Straße | Nr.

PLZ/Ort

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
Tel. 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.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler 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 Patienten/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 Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.

part of arvato: a Bertelsmann company
10-00335-AR-0416

التاريخ /Datum

توقيع المريض أو الممثل القانونى له . / Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter