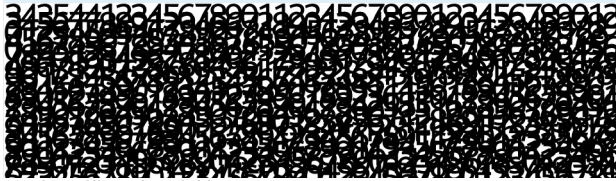


Surname, first name, address of patient **

Born on**



**Please fill out these fields

Dear patient,

We want to focus fully on you and your treatment. This why we have decided to transfer the billing to a competent partner:



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

BFS guarantees the speedy, uncomplicated and accurate processing of your bill. As your friendly and competent partner in all aspects of the billing, it offers partial payment options on request.

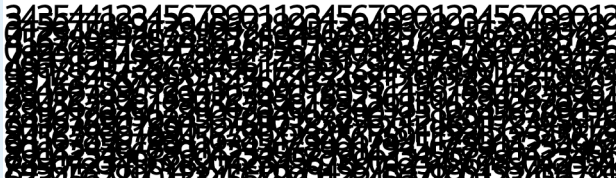
In order to enable billing in cooperation with BFS, we require your written consent. We therefore request that you give your consent by signing the adjacent declarations.

Thank you for your confidence.

* Deletions of and/or changes to the foregoing explanations are not permitted and make the consent invalid.

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.

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

Date/Datum

Consent form*

Legal representative (s) in the case of minors / legally incompetent people / people with limited competence

First name

Surname

Date of birth

Street

house no.

Postal code / City

I confirm my agreement with

- any request by the doctor to the BFS regarding billing through BFS, even before the start of treatment,
- the obtaining of credit information at a credit bureau by BFS (stating the name, date of birth and address of the patient/payer), as far as necessary,
- assignment of claims arising from treatment to BFS,
- further assignment of claims by BFS to the refinancing bank (Landesbank Hessen-Thüringen clearing house)
- transmission of the information necessary for billing and enforcement of claims (eg name, date of birth, address, diagnosis, treatment codes, treatment details and processes) to BFS and possibly to the refinancing bank,
- Temporary use of my data by BFS for testing the development system and optimising internal billing processes, with subsequent deletion of the data.

I have been informed that BFS will bill me for the services by my practitioner and will claim the invoice amount from me.

If there is a disagreement about the validity of the claim, the medical practitioner may be heard in a possible conflict as a witness.

After the process is complete, the data will be deleted. The statutory retention periods.

Release from confidentiality

I release my medical practitioner, his representatives and BFS from their obligation of confidentiality within the setting described.

The above statements may be revoked in writing with effect for the future.



Dienstleister mit geprüfem Datenschutzmanagement

www.tuv.com ID 000044064

Doctor (practice stamp/clinic stamp)

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 Behandler 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 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.



Dienstleister mit geprüfem Datenschutzmanagement

www.tuv.com ID 000044064

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Signature of patient or legal representative / Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter