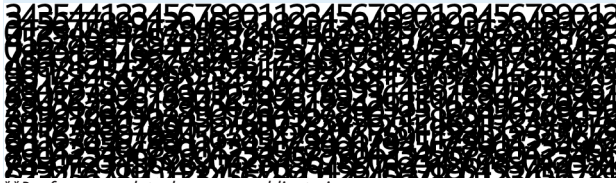


Apellidos, nombre, dirección del paciente\*\*

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
Tel. 0231-94 53 62-600
Fax 0231-94 53 62-688
patientenservice@meinebfs.de

BFS garantiza 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.

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.º

C. P./Localidad



Dienstleister mit geprüftem Datenschutzmanagement

www.tuv.com ID 000044064

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

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 y, si se precisa, a la entidad refinanciadora, la información necesaria para facturar y 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.

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.

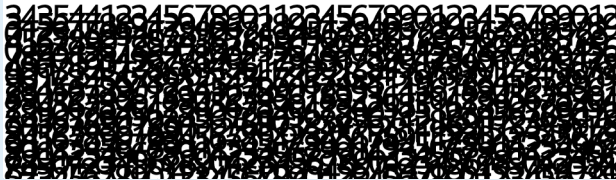
Exención de la confidencialidad profesional

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

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

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.

Einverständniserklärung\*

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

Vorname

Nachname Geburtsdatum

Straße Nr.

PLZ/Ort



Dienstleister mit geprüftem Datenschutzmanagement

www.tuv.com ID 000044064

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

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.