Cognome, nome, indirizzo del(la) paziente (m/f)**

nato/nata a**

**Si prega di compilare i campi in ogni caso

Dichiarazione di consenso*

Rappresentante legale (m/f) per i minori / incapace di intendere e di volere / capacità di intendere e di volere limitata

Nome

Cognome | Data di nascita

Via | N.

CAP / Città

Curatore
(Pratica timbro / clinica timbro)

Caro paziente, cara paziente,

vogliamo concentrarci totalmente su di voi e sul vostro trattamento. Pertanto, abbiamo deciso di assumere un partner competente:

BFS health finance

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

BFS assicura un trattamento rapido, semplice e preciso della vostra posizione. Il vostro partner è benevolo e competente in tutti gli aspetti della contabilità e offre su richiesta opzioni di pagamento parziale.

Al fine di consentire il trasferimento in collaborazione con BFS, abbiamo bisogno del suo consenso scritto. Pertanto vi chiediamo il vostro consenso firmando le dichiarazioni adiacenti.

Grazie per la vostra fiducia.

Confermo il mio accordo con il

- Eventuale richiesta da parte del curatore al BFS per quanto riguarda la contabilità di BFS, anche prima dell'inizio del trattamento,
- Ottenere informazioni da un istituto di credito facendo riferimento al BFS (indicando il nome, data di nascita e l'indirizzo del paziente / obbligo di pagamento), se necessario,
- Cessione dei benefici derivanti dal trattamento BFS delle condizioni economiche del paziente,
- Prossima cessione di crediti da BFS presso la banca rifinanziante (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- La trasmissione delle informazioni richieste per la fatturazione e il recupero dei crediti (compreso il nome, la data di nascita, indirizzo, diagnosi, i numeri delle prestazioni, i dati di trattamento e il diario medico) per BFS e, eventualmente, l'indicazione della Banca rifinanziante,
- Utilizzo temporaneo dei miei dati da parte di BFS per l'esame del sistema di sviluppo e l'ottimizzazione dei processi interni del regolamento; con conseguente cancellazione dei dati.

Lo sarò informato che il BFS mi depositerà i risultati della richiesta del rimborso dell'importo della fattura da parte del mio curatore.

Se ci fossero punti di vista divergenti riguardo un eventuale reclamo, il curatore potrebbe essere eventualmente sentito come testimone.

Dopo aver completato il processo, i dati saranno custoditi per i periodi di legge e saranno archiviati dopo il decorso di tale periodo.

Dispensazione dal segreto professionale

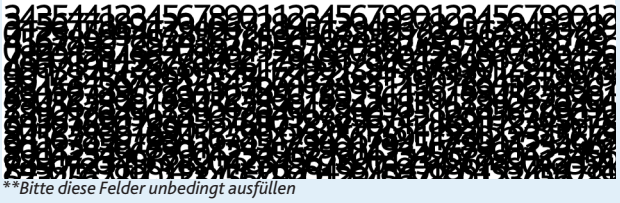
Io esonero il mio curatore, il suo rappresentante legale e anche la BFS nel quadro delineato in ciascuno dei loro segreti professionali.

Le dichiarazioni di cui sopra possono essere revocate in forma scritta, con effetto per il futuro.

* Cancellazione e/o modifiche delle dichiarazioni di cui sopra non sono ammesse e il consenso resta valido.

Name, Vorname, Anschrift Patient(in)**

geboren am**



**Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Einverständniserklärung*

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

Vorname

Nachname | Geburtsdatum

Straße | Nr.

PLZ/Ort

Behandler
(Praxisstempel/Klinikstempel)

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

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-IT-0516

data/Datum

Firma del paziente o del rappresentante legale / Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter