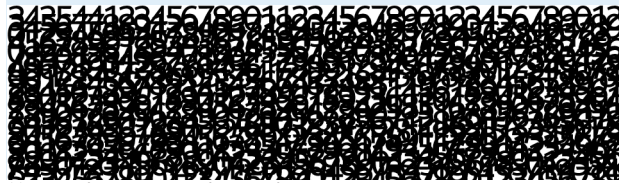


Nazwisko, imię, adres pacjenta/pacjentki**

ur. w dniu**



**Prosimy koniecznie wypełnić te pola

Szanowna Pacjentko, szanowny Pacjencie,

chcielibyśmy skoncentrować się w pełni na Tobie i leczeniu Ciebie. Dlatego zdecydowaliśmy się powierzyć rozliczenie kompetentnemu partnerowi:



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

BFS zapewni szybkie, nieskomplikowane i poprawne opracowanie Twojego rachunku. Będzie jednocześnie Twoim uprzejmym i kompetentnym partnerem we wszystkich sprawach związanych z rachunkiem i na życzenie zaoferuje Ci także możliwość płatności ratalnej.

Aby możliwe było przeprowadzenie rozliczenia we współpracy z BFS, potrzebna nam jest Twoja pisemna zgoda. Dlatego prosimy Cię o wyrażenie zgody poprzez podpisanie oświadczeń znajdujących się obok.

Dziękujemy za Twoje zaufanie.

* Skreślenia i/lub zmiany powyższych oświadczeń nie są dopuszczalne i spowodują nieważność oświadczenia o wyrażeniu zgody.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody*

Przedstawiciel ustawy w wypadku osoby małoletniej/osoby nie posiadającej zdolności prawnej/osoby posiadającej ograniczoną zdolność prawną

Imię

Nazwisko urodzenia

Ulica Nr

Kod pocztowy/Miejscowość

Oświadczam wyraźnie, że wyrażam zgodę na

- skierowanie ewentualnego zapytania przez podmiot leczniczy do BFS odnośnie do rozliczeń poprzez BFS, także przed podjęciem leczenia,

- zasięgnięcie informacji o wypłacalności w wywiadowni gospodarczej przez BFS (z podaniem nazwiska, daty urodzenia i adresu pacjenta/osoby zobowiązanej do zapłaty), o ile będzie to konieczne,

- cesję wierzycelności wynikających z leczenia na rzecz BFS,

- dalszą cesję wierzycelności przez BFS na rzecz banku refinansującego (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),

- przekazanie informacji potrzebnych do rozliczenia i dochodzenia wierzycelności (m.in. nazwisko, data urodzenia, adres, diagnoza, kody świadczeń, daty leczenia i przebieg leczenia) do BFS i ewentualnie banku refinansującego

- ograniczone czasowo wykorzystywanie moich danych przez BFS w celu sprawdzenia systemu rozwojowego i optymalizacji procesów wewnętrznych przy rozliczeniu; wraz z późniejszym usunięciem danych.

Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że BFS rozliczy ze mną świadczenia mojego podmiotu leczniczego i będzie dochodził u mnie kwoty rachunku.

Podmiot leczniczy
(pieczęć praktyki lekarskiej/pieczęć kliniki)



Dienstleister
mit geprüfem
Datenschutz-
management

www.tuv.com
ID 000044064

Jeśli co do zasadności wierzycelności stanowiska będą rozbieżne, wówczas podmiot leczniczy w wypadku ewentualnego sporu będzie mógł zostać wysłuchany w charakterze świadka.

Po zakończeniu postępowania dane zostaną usunięte. Obowiązują ustawowe okresy przechowywania danych.

Zwolnienie z obowiązku dochowania tajemnicy

Zwalniam mój podmiot leczniczy, jego przedstawicielstwo i BFS z obowiązku dochowania tajemnicy we wskazanym zakresie.

Powyższe oświadczenia mogą zostać pisemnie odwołane ze skutkiem na przyszłość.

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.

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.

Behandler
(Praxisstempel/Klinikstempel)



Dienstleister
mit geprüfem
Datenschutz-
management

www.tuv.com
ID 000044064

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 aufgeführten 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.