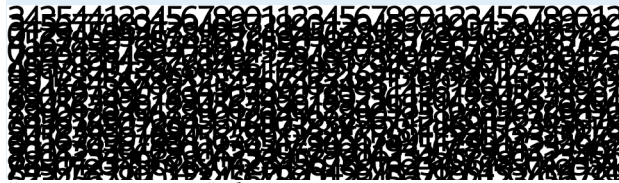


фамилия, имя, адрес пациента**

дата рождения**



**заполнение этих полей обязательно

Уважаемый пациент!

Мы хотели бы полностью сконцентрировать свои усилия на Вашем лечении, а потому приняли решение поручить финансовые расчеты компетентному партнеру:



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

BFS обеспечит быструю, несложную и корректную обработку Вашего счета. Одновременно это компания – Ваш компетентный консультант, готовый Вам любезно помочь по всем вопросам, связанным со счетом, а при наличии у Вас такого желания – предложить возможности оплаты в рассрочку.

Чтобы обеспечить осуществление финансовых расчетов в сотрудничестве с BFS, нам необходимо Ваше письменное согласие на это, а потому мы просим Вас выразить его путем подписания размещенных рядом заявлений.

Благодарим Вас за доверие.

* Зачеркивания и/или исправления в приведенных выше заявлениях не допускаются и делают заявление о согласии недействительным.

Заявление о согласии*

Законный представитель несовершеннолетних/ недееспособных/ ограниченно дееспособных лиц

имя

фамилия дата рождения

улица номер дома

индекс/населенный пункт

Я выражаю свое полное согласие со следующими условиями:

- возможность запроса лечащим врачом у BFS информации о расчетах через BFS, в т.ч. до начала лечения,
- получение информации о платежеспособности в справочном агентстве через BFS (с указанием фамилии, даты рождения и адреса пациента/плательщика), при необходимости
- уступка возникающих в связи с лечением требований в пользу BFS,
- дальнейшая уступка требований через BFS в пользу осуществляющего рефинансирование банка (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- передача BSF и при определенных условиях осуществляющему рефинансирование банку необходимой для осуществления расчетов и предъявления требований информации (в т.ч. фамилии, даты рождения, адреса, диагноза, оказанных услуг, дат и течения лечения),
- ограниченное использование BFS моих данных для контроля автоматизированной системы разработки и оптимизации внутренних процессов при расчетах; с последующим удалением данных.

Я был проинформирован о том, что BFS будет производить со мной расчеты за оказанные мне моим лечащим врачом услуги и выставлять мне счет на соответствующую сумму.



лечащий врач (печать врачебной практики/клиники)

При наличии разногласий относительно предъявленных требований лечащий врач может быть заслушан в возможном судебном заседании в качестве свидетеля.

После завершения процесса данные удаляются. Действуют установленные законом сроки сохранения данных.

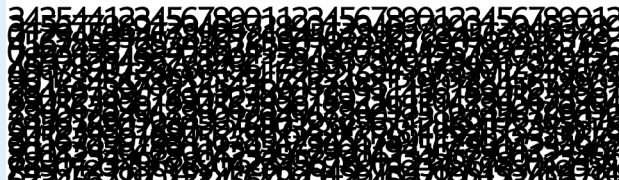
Освобождение от обязательств неразглашения информации

В указанных рамках я освобождаю своего лечащего врача, его представителей и BFS от их обязательств неразглашения информации.

Приведенные выше заявления могут быть в будущем отозваны в письменной форме.

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



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.