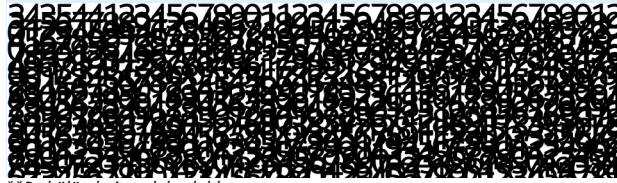


Soyadı, Adı, Adresi**

Doğum tarihi**



**Bu bölümleri mutlaka doldurunuz

Değerli Hastamız,

Tüm dikkatimizin sizin ve tedavinin üstünde olması için, hesaplama işlemlerini güvenilir bir ortageımıza devrediyoruz.



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

BFS, faturanızın hızlı, kolay ve doğruca işlem görmesini sağlar. Aynı zamanda size fatura ile ilgili tüm bilgileri ve istek üzere taksitle ödeme hizmetleri sunan, güler yüzlü ve yetkili sorumlu partnerinizdir.

BFS ile hesaplaşmamız için yazılı olarak onay vermeniz gerekir. Bunun için yandaki açıklamayı imzalayarak onayınızı vermenizi rica ederiz.

Bize duyduğunuz güven için teşekkür ederiz.

*Yukarıdaki beyanlardan herhangi biri çizilir, silinir ve/veya değiştirilirse bu muvafakatname tümüyle geçersiz olur.

Muvafakatname*

Varsa hastanın yasal temsilcisi (velisi veya vasisi)

Adı

Soyadı

Doğum tarihi

Sokak

No

Posta kodu/Şehir



Dienstleister
mit geprüfem
Datenschutz-
management

www.tuv.com
ID 000044064

Tedavi eden
(Muayenehane/Hastane damgası)

Aşağıdaki işlemler için onayımı veriyorum.

- Tedavi edenin (gerek tedavi öncesi) hesaplaşma amacıyla BFS'ye başvurmasını,
- gerekli olduğu hallerde BFS şirketinin, kredibilite bilgisi istemek için bir alacaklıları koruma kuruluşuna başvurmasını ve bu kapsamda ismim, doğum tarihim ve adresimi alacakları koruma kuruluşuna bildirmesini,
- ücret alacaklarını benden talep etme hakkının artık sadece BFS şirketine ait olacağını,
- ücret alacaklarının daha sonra BFS şirketi tarafından, refinans man kuruluşu olarak faaliyet gösteren (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale) bankalarına devredilmesini,
- devredilmiş ücret alacaklarının faturalanarak tahsil edilmesi için ihtiyaç duyulan her türlü bilgilerin (adım, ve soyadım, doğum tarihim, adresim, konulan teşhis, ücret kodları, tedavi kayıtları ve tedavi seyri bilgileri) BFS şirketine ve refinansman kuruluşuna aktarılmasını,
- bilgilerimin BFS şirketi tarafından gelişim sistemi denetimi ve hesaplama çerçevesindeki dahili işlemlerin düzenlenmesi amaçlı sınırlı olarak kullanılmasını ve daha sonra bilgilerimin silinmesini kabul ediyorum.

BFS şirketinin tedavi eden ile hesaplaşacağı ve ardından tedavi masraflarını benden talep edeceği üzere bilgim var.

Ücret alacaklarıyla ilgili uyumsuzluk durumunda tedavi eden gerekirse mahkemece tanık olarak ifade verebilir.

Davanın kapanmasıyla tüm bilgiler silinir. Bilgilerin saklanması yasalarda gerekirse bilgiler yasalarda uygun süre saklanır.

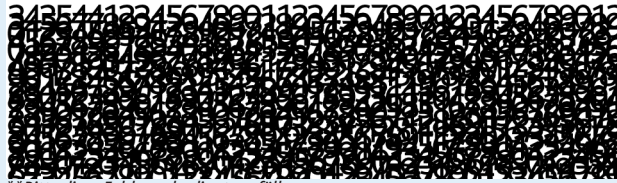
Sır mükellefiyetinden muaf tutulması

Tedavi eden, temsilcilerini ve BFS şirketini tıbbi sır saklama yükümlülüğünden muaf tutuyorum.

Bu muvafakatnamenin gelecekte de geçerli olması yazılı olarak iptal edilebilir.

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



Dienstleister
mit geprüfem
Datenschutz-
management

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.

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

Tarih/Datum

Hastanın veya yasal temsilcisinin imzası / Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter