

*إستمارة موافقة

الممثل القانوني / الممثلين القانونيين في حالة القصر وعديمي الأهلية القانونية و ذوى الصلاحيات المحدودة. الإسم الأول

إسم العائلة

إسم الشارع و رقم المنزل تاريخ الميلاد

رقم التوجيه البريدي

الموقع

الطبيب المعالج
(خاتم العيادة / خاتم المستشفى)

إذا ما كان هناك خلاف حول صحة المطالبات ، فإنه من الممكن الإستماع إلى رأى الطبيب كشاهد محتمل فى الخلاف .

بعد الإنتهاء من هذه العملية، سيتم حذف البيانات. فى هذا الصدد تفعل فترات الاحتفاظ القانونية.

الإعفاء من بيان من السرية.

أقر باننى أعفى طبيبى المعالج و ممثليه و شركة BFS من التزامهم بالإلتزام بالسرية فيما يتعلق بالكتمان .

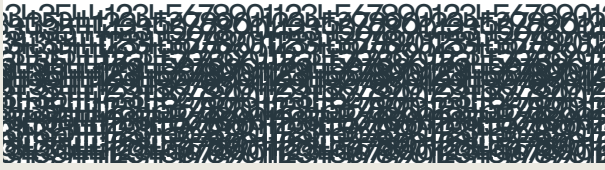
الإقرار السابق ذكره يمكن إلغاؤه كتابة و بسرى الإلغاء على ما يحدث لاحقاً .

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل القانونى له .

* * إسم العائلة , الإسم الأول , عنوان المريض .

** مولود بتاريخ .



** رجاء ضرورة إستيفاء جميع الخانات .

عزيزتي المريضة / عزيزى المريض ،

نريد أن نركز بشكل كامل عليك وعلى علاجك. لهذا السبب قررنا نقل الفواتير إلى شريك مختص بذلك :

bfs⁺
health finance

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

شركة BFS تضمن الإعداد السريع و الدقيق و الخالى من التعقيدات لفواتيرك , إنها شريك جيد يسهل التعامل معه فى جميع مناحى الفاتورة و يمكنه بناء على طلب منك قبول السداد على دفعات (أقساط).

نحن فى إحتياج لموافقتك الكتابية لإمكان تفعيل نظام الفواتير من خلال شركة BFS.

لذلك، فإننا نرجوكم اعطائنا موافقتكم الكتابية من خلال التوقيع علماً بالإستمارة المرفقة . و نشكركم على ثقافتكم .

لا يجوز إجراء أى حذف / أو إضافة على مضمون الإقرار السابق و يجعله غير سارى المفعول .

أقر بموافقتى التامة بخصوص أى طلب يقدم من الطبيب إلى BFS بخصوص نظام الفواتير من خلال BFS حتى و لو كان ذلك قبل بداية العلاج .

الحصول على البيانات الإئتمانية من قبل مكتب BFS للإئتمان . (يبين فيه الإسم و تاريخ الميلاد و عنوان المريض / القائم بالسداد) و ذلك بقدر الحاجة إلى البيانات .

إحالة المطالبات الناشئة عن العلاج إلى BFS . إحالة جميع المطالبات من خلال BFS إلى بنك إعادة التمويل . (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale) ,

إحالة المعلومات اللازمة لإعداد الفواتير وإنفاذ المطالبات (مثل الإسم و تاريخ الميلاد، العنوان، التشخيص، رموز العلاج و تفاصيل العلاج إلى BFS و أيضا إلى بنك إعادة التأهيل إذا ما كان ذلك ممكناً .

الاستخدام المؤقت لكافة البيانات الخاصة بي من قبل موظفي BFS وذلك بغرض إختبار نظام التنمية و تحسين عمليات الفوترة الداخلية للوضعا لأمثل، مع حذف هذه البيانات لاحقاً.

لقد أحطت علماً بأن شركة BFS سوف تقدم لى فاتورة بخصوص الخدمات التى قدمت إلى من قبل الذين قاموا بمعالجتي و سوف تطالبني بسداد قيمة الفاتورة .

Einverständniserklärung*

Gesetzliche:r Vertreter:in bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler:in (Praxisstempel/Klinikstempel)

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der/die Behandler:in in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge:in gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine:n Behandler:in, der/die Vertreter:in und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzlicher: Vertreter:in

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

• möglichen Anfrage durch den Behandelnden 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/der Patienten:in/ 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),

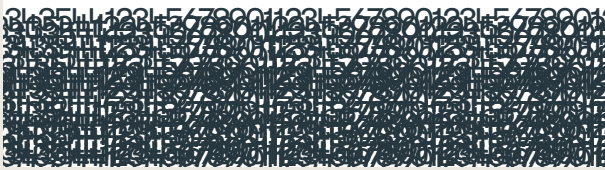
• Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,

• 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/meiner Behandlers:in mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

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

BFS health finance GmbH
Hülshof 24 . 44369 Dortmund
Telefon 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. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

<https://meinebfs.de/datenschutz/>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

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