

Επίθετο, όνομα, διεύθυνση ασθενούς**

γεν. την**



**Παρακαλούμε να συμπληρώσετε απαραίτητα αυτά τα πεδία

Αγαπητή ασθενής, αγαπητέ ασθενή,

θα επιθυμούσαμε να επικεντρωθούμε πλήρως στη θεραπεία σας. Για το λόγο αυτό αποφασίσαμε το εκκαθαριστικό να το μεταφέρουμε σε έναν αξιόπιστο συνεργάτη:



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

Η BFS εγγυάται την άμεση, απλή και ορθή επεξεργασία του τιμολογίου σας. Παράλληλα είναι και ο φιλικός και αξιόπιστος συνεργάτης σας σε όλα τα θέματα που αφορούν στα τιμολόγια και σας προσφέρει και δυνατότητες πληρωμής σε δόσεις.

Για να καταστεί δυνατή η εκκαθάριση σε συνεργασία με την BFS χρειαζόμαστε την έγγραφη συγκατάθεσή σας. Για το λόγο αυτό σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε υπογράφοντας τις επόμενες δηλώσεις. Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη σας περαιτέρω πληροφορίες για την προστασία δεδομένων του φυλλαδίου πληροφοριών μας.

Περαιτέρω πληροφορίες για το θέμα της προστασίας δεδομένων στην BFS και για τα δικαιώματά σας μπορείτε να αντλήσετε στη διεύθυνση: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

Ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη σας.

*Διαγραφές και/ή τροποποιήσεις των προηγούμενων δηλώσεων δεν επιτρέπονται και καθιστούν άκυρη τη δήλωση αποδοχής.

ήλωση αποδοχής*

Νομικός εκπρόσωπος σε ανήλικους/ ανίκανους προς δικαιοπραξία/ μερικούς ανίκανους προς δικαιοπραξία

Όνομα

Επίθετο

Ημερομηνία γέννησης

Οδός

αρ.

TK/Τόπος

Δηλώνω ρητά ότι συμφωνώ με ενδεχόμενο

- ερωτήματος εκ μέρους του Ιατρού στην BFS αναφορικά με την εκκαθάριση μέσω BFS, ακόμα και πριν από την έναρξη της θεραπείας,
- Προσκόμιση πληροφορίας φερεγγυότητας από την BFS (με αναφορά ονόματος, ημερομηνίας γέννησης και διεύθυνσης του ασθενούς/υπόχρεου πληρωμής), εφόσον απαιτείται,
- εκχώρηση των απαιτήσεων που προκύπτουν από τη θεραπεία προς την BFS,
- Περαιτέρω εκχώρηση των απαιτήσεων από την BFS στην τράπεζα επαναχρηματοδότησης (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Η μεταφορά των πληροφοριών που απαιτούνται για την εκκαθάριση και διεκδίκηση των απαιτήσεων (μεταξύ άλλων όνομα, ημερομηνία γέννησης, διεύθυνση, διάγνωση, κωδικοί υπηρεσιών, δεδομένα και διαδικασίες θεραπείας) προς την BFS και ενδ. στην τράπεζα επαναχρηματοδότησης,
- προσωρινή χρήση των δεδομένων μου από την BFS για έλεγχο του συστήματος ανάπτυξης και βελτιστοποίησης των εσωτερικών διαδικασιών κατά την εκκαθάριση και εν συνεχεία διαγραφή των δεδομένων.

Ενημερώθηκα, για το ότι το BFS επιθυμεί να εκκαθαρίζει τις παροχές του Ιατρού μου για μένα και να μου χρεώνει τα ποσά των τιμολογίων.

Ιατρός (Σφραγίδα Ιατρού/σφραγίδα κλινικής)

Εφόσον υπάρξουν διαφορετικές απόψεις για το δικαίωμα της απαίτησης, ο θεραπευτής μπορεί να εξεταστεί ως μάρτυρας σε περίπτωση διαφωνίας.

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας τα δεδομένα διαγράφονται. Ισχύουν οι νόμιμες προθεσμίες διατήρησης.

Και οι δύο γονείς έχουν το δικαίωμα επιμέλειας και μόνο ο ένας είναι παρόν.

Με την ιδιότητα μου ως νόμιμος εκπρόσωπος του παιδιού μου, δηλώνω δια του παρόντος ότι είμαι εξουσιοδοτημένος από τον άλλο απόντα γονέα για την αποκλειστική χορήγηση έγκρισης της παροχής των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την εκκαθάριση.

Παρακαλούμε να επιβεβαιώσετε βάζοντας σταυρό.

Απαλλαγή από την υποχρέωση τήρησης απορρήτου

Απαλλάσσω τον Ιατρό μου, τον εκπρόσωπό του και το BFS στο πλαίσιο που περιγράφει από την υποχρέωση τήρησης απορρήτου.

Οι προηγούμενες δηλώσεις μπορούν να ανακληθούν εγγράφως με μελλοντική ισχύ.

Ημερομηνία

Υπογραφή ασθενούς, ή νόμιμου εκπροσώπου

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
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.

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 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.

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. gesetzliche:r Vertreter:in