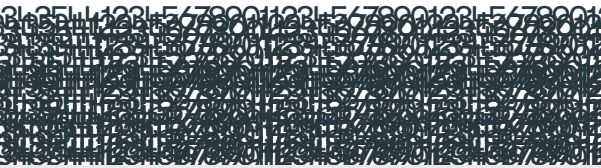


Nazwisko, imię, adres pacjenta/pacjentki\*\*

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  
Telefon 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 w współpracy z BFS, potrzebna nam jest Twoja pisemna zgoda. Dlatego prosimy Cię o wyrażenie zgody poprzez podpisanie oświadczeń znajdujących się obok. W celu uzyskania dalszych informacji w zakresie ochrony danych osobowych prosimy zapoznać się z naszym biuletynem informacyjnym.

Dalsze informacje na temat ochrony danych osobowych przez BFS oraz Państwa praw uzyskać można na: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

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 ustawowy 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 dochodzić u mnie kwoty rachunku.

Podmiot leczniczy

(pieczęć praktyki lekarskiej/pieczęć kliniki)

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.

### Rodzice posiadają wspólne prawo do opieki, ale tylko jedno z nich jest obecne.

Niniejszym oświadczam, że jako przedstawiciel prawny, jestem upoważniona /upoważniony przez nieobecnego, sprawującego opiekę rodzica do samodzielnego udzielania zgody na przekazywanie w celach rozliczeniowych informacji dotyczących mojego dziecka.

### Zaznaczyć w celu potwierdzenia.

### 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.

Data

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

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 kompetentem 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

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

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.