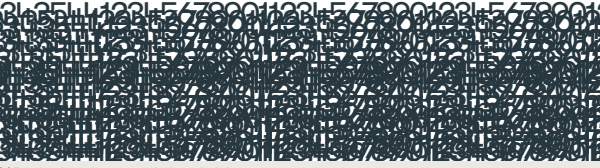


Soyadı, Adı, Adresi**

Doğum tarihi**



**Bu bölümleri mutlaka doldurunuz

Değerli Hastamız,

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



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

BFS, faturanızın hızlı, kolay ve doğrucu 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. Veri gizliliğiyle alakalı diğer bilgiler için bilgilendirme sayfamızı dikkate alın.

BFS'de veri gizliliği ve haklarınız hakkında ayrıntılı bilgileri şurada bulabilirsiniz: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

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

Tedavi eden

(Muayenehane/Hastane damgası)

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

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

Her iki ebeveyn velayet sahibidir ve sadece bir ebeveyn hazır bulunuyor.

Yasal temsilci niteliğimi kullanarak mahsup için gerekli olan ve çocuğuma ait bilgilerin iletilmesine dair muvafakat beyanımı burada bulunmayan diğer ebeveyn adına vermeyi kabul ediyorum.

Lütfen işaretleyerek onaylayın.

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.

Tarih

Hastanın veya yasal temsilcisinin imzası

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

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

Asağıdaki 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 isim, doğum tarihim ve adresimi alacaklıları 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.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines/meiner Behandlers:in mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.