

Прізвище, ім'я, адреса пацієнта(ки)\*\*

року народження\*\*



\*\*Прохання ці поля обов'язково заповнити

Дорогі пацієнти, ми хотіли б повністю сконцентруватись на Вас та Вашому лікуванню. Тому вирішили передати питання розрахунків компетентному партнеру:



BFS health finance GmbH  
Гюльсгоф 24. 44369 Дортмунд  
телефон 0231-94 53 62-600  
факс 0231-94 53 62-688  
patientenservice@meinebfs.de

Товариство BFS забезпечує швидке, нескладне і коректне опрацювання Ваших рахунків. У той же час, це ваша доброзичлива і компетентна контактна особа у всіх аспектах рахунку-фактури, а також пропонує вам варіанти часткової оплати за запитом.

Для того, щоб дозволити виставлення рахунків у співпраці з BFS, нам потрібна ваша письмова згода. Тому ми просимо вашої згоди, підписавши суміжні декларації.

Дякуємо Вам за довіру

Більш детальну інформацію про предмет захисту даних у BFS та про Ваші права можна знайти за посиланням:  
<https://meinebfs.de/datenschutz/>

\* Видалення та/або зміни до вищезазначених декларацій не допускаються і роблять заяву про згоду недійсною.

## Декларація про згоду\*

Законний представник для неповнолітніх / недієздатних / осіб із обмеженою правоздатністю

Ім'я

Прізвище

Дата народження

Вулиця

№

Поштовий індекс/Місто

Лікуючий лікар

(штамп лікарського кабінету / штамп клініки)

Якщо існують різні погляди на обґрунтування вимоги, лікуючий лікар може бути заслуханий як свідок у будь-якому спорі.

Після завершення процедури дані будуть видалені. Застосовуються обов'язкові періоди зберігання.

**Обидва батьки мають опіку і відсутній лише один з батьків.**

Цим я, як законний представник, заявляю, що маю право давати одноосібну згоду на передачу необхідної для платежів інформації щодо моєї дитини від імені відсутнього іншого із батьків, що має батьківські права.

**Прохання підтвердити, поставивши галочку.**

**Звільнення від конфіденційності**

Я звільняю свого лікуючого лікаря, його представника та BFS від обов'язку щодо конфіденційності у зазначених межах.

Наведені вище декларації можуть бути відкликані в письмовій формі з дією на майбутнє.

Дата

Підпис пацієнта або законного представника

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. gesetzlicher: Vertreter:in

Я прямо погоджуюся з

- можливим запитом лікуючого лікаря до BFS щодо виставлення рахунків через BFS, також перед початком лікування,
  - отриманням кредитної інформації від кредитного агентства BFS (із зазначенням імені, дати народження та адреси пацієнта/платника), якщо це необхідно
  - уступкою претензій, що виникають при зверненні до BFS,
  - подальшою уступкою вимог BFS до банку рефінансування (Земельний банк Гессен-Тюрінгія, розрахунковий центр),
  - передачею інформації, необхідної для врегулювання та пред'явлення претензій (включаючи ім'я, дату народження, адресу, діагностику, цифри пільг, дані про лікування та процедури) до BFS та, якщо це можливо, до банку рефінансування
  - тимчасовим використанням моїх даних BFS для перевірки системи розробки та оптимізації внутрішніх процесів виставлення рахунків; із подальшим видаленням даних.
- Мені повідомили, що BFS виставить мені рахунок за послуги мого лікуючого лікаря і вимагатиме від мене суму рахунку-фактури.

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.