

Фамилия, имя, адрес пациента **	
Дата рождения **	

** Обязательные для заполнения поля

Уважаемый пациент!
 Нам бы хотелось целиком и полностью сосредоточиться на вас и вашем лечении. Потому мы решили передать вопросы расчетов компетентному партнеру.



BFS health finance GmbH
 Хюльсхоф 24. 44369 Дортмунд
 Телефон: 0231-94 53 62-600
 Факс: 0231-94 53 62-688
 servicecenter@meinebfs.de

BFS гарантирует быструю, простую и правильную обработку вашего счета-фактуры. Она также является вашим дружелюбным и компетентным контактным лицом по всем вопросам, связанным со счетом-фактурой, и при желании предлагает вам также возможность оплаты частями.

Чтобы обеспечить возможность расчета в сотрудничестве с BFS, нам нужно ваше письменное согласие. Для этого мы просим вас дать согласие путем подписания приведенных тут заявлений. Более подробная информация о защите данных приведена в нашем информационном листке.

Дополнительную информацию по вопросам защиты данных в BFS и о ваших правах можно узнать на сайте:

<https://meinebfs.de/datenschutz>

Кроме того, подробное объяснение описанного тут процесса можно найти на сайте <https://meinebfs.de/FAQ>

Спасибо за доверие.

Заявление о согласии *

Законный представитель несовершеннолетнего/ недееспособного/ограниченно дееспособного лица

Имя

Фамилия

Дата рождения

Улица

Номер дома

Почтовый индекс/Населенный пункт

Настоящим прямо заявляю о своем согласии

- на передачу моих персональных данных (фамилии/ имени, даты рождения и адреса) лечащим лицом в адрес BFS, в том числе до начала лечения с целью получения BFS информации о кредитоспособности в кредитном бюро. BFS использует результаты запроса для внутреннего процесса управления рисками;
- на передачу и обработку информации, необходимой для расчета и взыскания задолженности (фамилия/ имя, дата рождения, адрес, диагноз, показатели обслуживания, даты и сеансы лечения) в адрес BFS;
- на передачу и обработку номера счета-фактуры, срока оплаты и суммы счета-фактуры в адрес банка Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, компании European Receivables Finance SA, а также в целях обеспечения непогашенных требований и рефинансирования бизнес-модели BFS;
- на передачу и обработку других данных о здоровье, обосновывающих требование в случае неплатежеспособности BFS и взыскания задолженности рефинансирующим банком и компанией European Receivables Finance SA;
- на использование BFS в течение установленного срока моих данных для выявления систематических ошибок и оптимизации внутренних процессов при расчете, с последующим удалением данных. Ваши данные не будут храниться за пределами BFS.

Лечащее лицо (штамп врачебного кабинета/ штамп клиники)

Уступка требования в пользу BFS:

- Уступки требований, возникающих в результате лечения, в пользу BFS, рефинансирующего банка и компании European Receivables Finance SA
- Мне было сообщено о том, что BFS выставит мне счет за услуги моего лечащего лица и потребует от меня уплаты суммы счета-фактуры.

Освобождение от обязанности соблюдения профессиональной тайны:

Я освобождаю мое лечащее лицо, его представителя и BFS от обязанности хранить профессиональную тайну в определенных выше рамках. Если существуют различные мнения по поводу обоснованности требования, лечащее лицо может быть заслушано в качестве свидетеля в любом споре.

Оба родителя обладают правом родительской опеки, а присутствует только один из них.

☐ Настоящим заявляю в качестве законного представителя, что я уполномочен/а другим родителем на составление единого заявления о согласии на передачу информации о моем ребенке, необходимой для расчета.

Поставьте крестик для подтверждения.

Вышеприведенные заявления сделаны добровольно и в будущем могут быть отозваны. Неподписание не окажет негативного влияния на лечение.

Дата и подпись пациента или законного представителя

* Зачеркивания и/или правки в вышеуказанных заявлениях не допускаются и делают заявление о согласии недействительным.

Einverständniserklärung*

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen/ Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden

- с передачей моих персональных данных (имя, дата рождения и адрес) лечащему лицу (имя, дата рождения и адрес) лечащим лицом в адрес BFS, а также до начала лечения с целью получения BFS информации о кредитоспособности в кредитном бюро. BFS использует результаты запроса для внутреннего процесса управления рисками;
- с передачей и обработку информации, необходимой для расчета и взыскания задолженности (фамилия/ имя, дата рождения, адрес, диагноз, показатели обслуживания, даты и сеансы лечения) в адрес BFS;
- с передачей и обработку номера счета-фактуры, срока оплаты и суммы счета-фактуры в адрес банка Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, компании European Receivables Finance SA, а также в целях обеспечения непогашенных требований и рефинансирования бизнес-модели BFS;
- с передачей и обработку других данных о здоровье, обосновывающих требование в случае неплатежеспособности BFS и взыскания задолженности рефинансирующим банком и компанией European Receivables Finance SA;
- с использование BFS в течение установленного срока моих данных для выявления систематических ошибок и оптимизации внутренних процессов при расчете, с последующим удалением данных. Ваши данные не будут храниться за пределами BFS.

Name, Vorname, Anschrift Patient**

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
 servicecenter@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>

Überdies erklären wir Ihnen den hier dargestellten Ablauf noch einmal ausführlich unter <https://meinebfs.de/FAQ>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

Abtretung der Forderung an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

☐ Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, 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.

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Datum und Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

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