

Surname, first name, address of patient**

Born on**

01-2511-1231-567890011231-56789001231-56789001

**Please fill in these fields

Dear patient,
We want to be able to completely concentrate on you and your treatment. That is why we have decided to outsource the billing to a competent partner:



BFS health finance GmbH
Hülshof 24 . 44369 Dortmund
Phone 0231-94 53 62-600
Fax 0231-94 53 62-688
servicecenter@meinebfs.de

BFS guarantees that your invoice will be processed quickly, easily and correctly. It is also your friendly and competent contact for all invoice-related matters and can offer you instalment payment options on request.

We require your written consent to enable billing in cooperation with BFS. Please sign the adjacent declarations to give your consent. For further information on data protection, please refer to our information sheet.

You can find more information about data protection at BFS and your rights at:

<https://meinebfs.de/datenschutz>

We also explain the process described here in detail at

<https://meinebfs.de/FAQ>

Thank you for your trust.

Declaration of consent*

Legal representative for minors / legally incompetent persons / persons with limited legal capacity

First name

Surname

Date of birth

Street

No.

Postcode/city

I expressly agree to the following

- the transfer of my personal master data (name, date of birth and address) by the practitioner to BFS, even before the start of treatment, for the purpose of obtaining creditworthiness information from a credit agency by BFS. BFS uses the results of the enquiry for internal risk process control;
- the transmission and processing of the information required for the billing and assertion of claims (name, date of birth, address, diagnosis, service figures, treatment data and histories) to the BFS;
- the transmission and processing of the invoice number, due date and invoice amount to Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale and to European Receivables Finance SA, in each case for the purpose of securing outstanding receivables and refinancing the BFS business model;
- the transmission and processing of further health data substantiating the claim in the event of insolvency of BFS and enforcement of the claim by the refinancing bank and European Receivables Finance SA;
- the temporary use of my data by BFS to find systemic errors and optimise internal billing processes; with the data subsequently being deleted. Your data will not be stored outside BFS.

Practitioner (practice stamp / clinic stamp)

Assignment of the claim to BFS:

- Assignment of the receivables resulting from the treatment to BFS, the refinancing bank and European Receivables Finance SA
- I have been informed that BFS will invoice me for the services provided by my practitioner and claim the invoice amount from me.

Release from the duty of confidentiality:

I release my practitioner, his representative and BFS from their duty of confidentiality within the scope described. Should there be any disagreement about the justification of the claim, the practitioner may be heard as a witness in any dispute.

Both parents have custody and only one parent is present.

In my capacity as legal representative, I hereby declare that I am authorised to give my sole consent to the transmission of the information required for the billing of my child by the absent custodial parent.

Please confirm by ticking the box.

The above declarations are given voluntarily and can be withdrawn with effect for the future. Failure to sign will not result in any consequences with regard to treatment.

Date and signature of patient or legal representative

* Deletions and/or amendments to the above declarations are not permitted and render the declaration of consent invalid.

Name, Vorname, Anschrift Patient**

geboren am**

01-2511-1231-567890011231-56789001231-56789001

**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.

Einverständniserklärung*

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden

- mit der Weitergabe meiner Personenstammdaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunftei durch BFS. Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozesssteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsdaten, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zwecke der Sicherung offener Forderungen und zur Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderungsbegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- mit der befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

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.