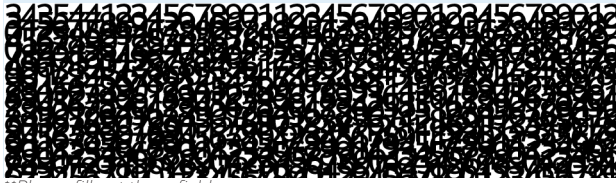


Surname, first name, address of patient \*\*

Born on\*\*



\*\*Please fill out these fields

Dear patient,

We want to focus fully on you and your treatment. This why we have decided to transfer the billing to a competent partner:



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

BFS guarantees the speedy, uncomplicated and accurate processing of your bill. As your friendly and competent partner in all aspects of the billing, it offers partial payment options on request.

In order to enable billing in cooperation with BFS, we require your written consent. We therefore request that you give your consent by signing the adjacent declarations. Please take note of our data protection information memorandum for more data protection related specifics.

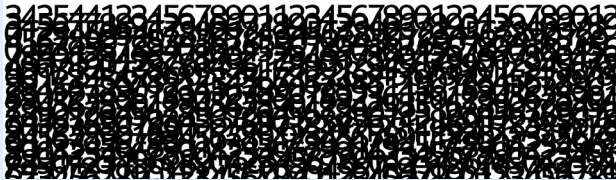
For more information about data protection at BFS and your affiliated rights, please visit: https://meinebfs.de/datenschutz/

Thank you for your confidence.

\* Deletions of and/or changes to the foregoing explanations are not permitted and make the consent invalid.

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.



Dienstleister mit geprüftem Datenschutzmanagement
www.tuv.com ID 0000044064

Consent form\*

Legal representative (s) in the case of minors / legally incompetent people / people with limited competence

First name

Surname

Date of birth

Street

house no.

Postal code / City

I confirm my agreement with

- any request by the doctor to the BFS regarding billing through BFS, even before the start of treatment,
- the obtaining of credit information at a credit bureau by BFS (stating the name, date of birth and address of the patient/payer), as far as necessary,
- assignment of claims arising from treatment to BFS,
- further assignment of claims by BFS to the refinancing bank (Landesbank Hessen-Thüringen clearing house)
- transmission of the information necessary for billing and enforcement of claims (eg name, date of birth, address, diagnosis, treatment codes, treatment details and processes) to BFS and possibly to the refinancing bank,
- temporary use of my data by BFS for testing the development system and optimising internal billing processes, with subsequent deletion of the data.

I have been informed that BFS will bill me for the services by my practitioner and will claim the invoice amount from me.



Dienstleister mit geprüftem Datenschutzmanagement
www.tuv.com ID 0000044064

Doctor (practice stamp/clinic stamp)

ZAHNGESUNDHEIT Oberkassel

Schanzenstraße 20 | 40549 Düsseldorf
Fon 0211 737771-0 | Fax 0211 737771-17
info@za-go.de | www.za-go.de

If there is a disagreement about the validity of the claim, the medical practitioner may be heard in a possible conflict as a witness.

After the process is complete, the data will be deleted. The statutory retention periods.

Both parents have custody of the child and only one parent is present.

I herewith declare that I have power of attorney, in my role as the statutory guardian of the minor, to make unilateral consent declarations as to the billing information required for my child on behalf of the other parent who has custody and is not present at this time.

Please confirm by checking the box next to this statement.

Release from confidentiality

I release my medical practitioner, his representatives and BFS from their obligation of confidentiality within the setting described.

The above statements may be revoked in writing with effect for the future.

Einverständniserklärung\*

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/ Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Behandler

(Praxisstempel/Klinikstempel)

ZAHNGESUNDHEIT Oberkassel

Schanzenstraße 20 | 40549 Düsseldorf
Fon 0211 737771-0 | Fax 0211 737771-17
info@za-go.de | www.za-go.de

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge 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 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.

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht.

Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler 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 Patienten/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 Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.