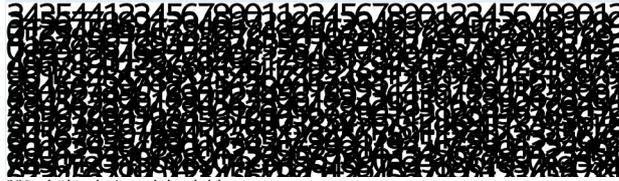


Soyadı, Adı, Adresi\*\*

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  
Fax 0231-94 53 62-688  
patientenservice@meinebfs.de

BFS, faturanızın hızlı, kolay ve doğruca 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.

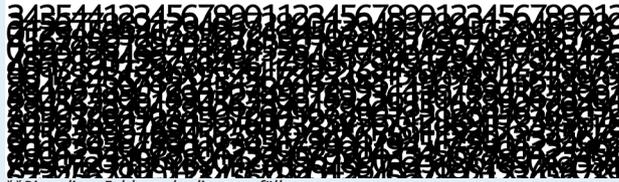
BFS'de veri gizliliği ve haklarımız hakkında ayrıntılı bilgileri şurada bulabilirsiniz: <https://meinebfs.de/datenschutz/>

Bize duyduğunuz güven için teşekkür ederiz.

\*Yukarıdaki beyanlardan herhangi biri çizilir, silinir ve/veya değiştirilirse bu muvafakatname tümüyle geçersiz olur.

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 000044064

## Muvafakatname\*

Varsa hastanın yasal temsilcisi (velisi veya vasisi)

Adı

Soyadı

Doğum tarihi

Sokak

No

Posta kodu/Şehir

Aşağıdaki 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 ismim, doğum tarihim ve adresimi alacakları koruma kuruluşuna bildirmesini,

- ücret alacaklarını benden talep etme hakkının artık sadece BFS şirketine ait olacağını,

- ücret alacaklarının daha sonra BFS şirketi tarafından, refinansman 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.

## Einverständniserklärung\*

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

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

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.

Tedavi eden  
(Muayenehane/Hastane damgası)

ZAHNGESUNDHEIT  
Oberkassel

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

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

Davanın kapanmasıyla tüm bilgiler silinir. Bilgilerin saklanması yasalarda gerekirse bilgiler yasalarda 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.

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.

Tarih/Datum

Hastanın veya yasal temsilcisinin imzası / Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter