

Name, Vorname, Anschrift des /der Versicherten* geboren am*		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Aufwand für Verwaltung und Organisation in unserer Praxis wird von Jahr zu Jahr größer. Um uns voll auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren zu können, haben wir daher die Abrechnung einem kompetenten Partner übertragen:



BFS health finance GmbH
Schleefstraße 1
44287 Dortmund
Tel.: 02 31.94 53 62-600
Fax: 02 31.94 53 62-688
E-Mail: patientenservice@bfs-hf.de

Die BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich auch freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Einverständniserklärung.

Selbstverständlich ist die BFS (gemäß Bundesdatenschutzgesetz) zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung

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

Vorname

Nachname

Straße

PLZ/Wohnort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS health finance GmbH, Schleefstraße 1, 44287 Dortmund,
- möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunftsei zur Prüfung meiner Bonität,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch die BFS an die refinanzierende Helaba Landesbank Hessen-Thüringen.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen bzw. bis zu ihrem schriftlichen Widerruf.

Ich wurde darüber informiert, dass die BFS die Abrechnung der Leistungen meines Arztes / Zahnarztes mir gegenüber durchführen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Arzt / Zahnarzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.



Praxisstempel

360° Zahnzentrum Wilken & Co.
Rheinstr. 14
64283 Darmstadt
Tel: 06151/24006
www.360-zahnzentrum.de

Ich entbinde meinen Arzt/Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter