

Muvafakatname*



Soyadı, Adı, Adresi**

Doğum tarihi**

Varsa hastanın yasal temsilcisi (velisi veya vasisi)

Adı

Soyadı

Doğum tarihi

Sokak

No

Posta kodu/Şehir

Tedavi eden
(Muayenehane/Hastane damgası)



*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
Tel. 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.

Bize duyduğunuz güven için teşekkür ederiz.

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.

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

Davanın kapanmasıyla tüm bilgiler silinir. Bilgilerin saklanması yasalarda gerekirse bilgiler yasalarda uygun süre saklanır.

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.

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