

Name, Vorname, Anschrift Patient(in)\*\*

geboren am\*\*

## Einverständniserklärung\*

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

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ/Ort

Dienstleister  
mit geprüftem  
Datenschutz-  
managementwww.tuv.com  
ID 000044064Behandler  
(Praxisstempel/Klinikstempel)**\*\*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  
Tel. 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.

*Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.*

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 Auskunftfeil 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.

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.

### Schweigepflichtsentbindung

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

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

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter



Name des Kindes

Geburtsdatum

## Behandlungsaufklärung

Liebe Eltern,

bitte lesen Sie sich diesen Text sorgfältig durch und unterschreiben Sie, wenn Sie alles verstanden haben. Sollten Sie Fragen haben, steht Ihnen die Ärztin gerne zur Verfügung.

Hiermit ermächtigen wir, die Kinderzahnärztinnen der Kinderzahnarztpraxis Lachzahn Dr. Bettina Brem & Kollegen nach Rücksprache zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind durchzuführen.

## Die zahnärztliche Behandlung kann folgendes umfassen:

- Anfertigung von digitalen (strahlenreduzierten) Röntgenaufnahmen
- Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) / Oberflächenanästhesie
- Zahnreinigung / Individual Prophylaxe
- Fissurenversiegelung
- Füllungen
- Kinderkronen
- Wurzelbehandlungen
- Extraktion (Entfernen) von einem oder mehreren Zähnen
- Behandlung von erkranktem Zahnfleisch oder verletztem Mundgewebe
- Behandlung von Zahnfehlstellungen und / oder Entwicklungsstörungen
- Durchtrennung von Lippen- oder Zungenbändchen
- weitere chirurgische Maßnahmen
- Anwendung von Beruhigungsmitteln, um Angst oder unkooperatives Verhalten zu mildern (Dormicum und / oder Lachgas / Sauerstoff)
- Intubationsnarkose (Vollnarkose)
- Sonstige:

Mit zahnärztlichen oder zahnchirurgischen Behandlungen sind bestimmte Risiken verbunden, wenngleich deren Vorkommen sehr selten sind. Risiken, die auftreten können, sind: Taubheitsgefühl, Infektion, Schwellung, Blutungen, Prellungen, Übelkeit, Erbrechen, allergische Reaktion, Aspiration.

Extrem selten können auch Gehirnschäden, Lähmungen und Narben auftreten.

Ich verstehe weiterhin, dass äußerst seltene Komplikationen die Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich machen und sogar zum Tode führen können.

Ich habe die Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden. Die Behandlung ist mir ausführlich und verständlich erklärt worden. Alle meine Fragen sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich habe das Recht jederzeit Fragen zu stellen, die sich mir während einer Behandlung ergeben.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto meines Kindes in der Patientenakte der Praxis Lachzahn Dr. Bettina Brem & Kollegen gespeichert wird. Dieses Foto ist der Öffentlichkeit nicht zugänglich.

Ja

Nein

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten