



# Einverständniserklärung\*

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

Vorname

geboren am\*\*

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

Behandler  
(Praxisstempel/Klinikstempel)  
**Dr. med. Oliver Zernial**  
Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Germania Arkaden  
Willy-Brandt-Ufer 10  
24143 Kiel  
Tel. 0431 - 66 65 63-0 · Fax 0431 - 66 65 63-29  
Mail: info@myimplant.de

Nachname  
Geburtsdatum  
Nr.  
Straße  
PLZ/Ort



\*\*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

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

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,

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

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,  
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),

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

- 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,

Datum

- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

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.

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.