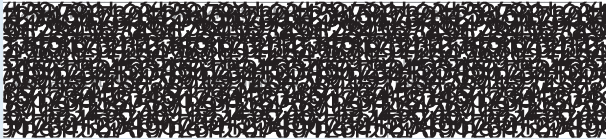


Name, Vorname, Anschrift des /der Versicherten\*\*

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 kompetenten Partnern zu übertragen:

**BFS**  
health finance GmbH  
Schleefstraße 1  
44287 Dortmund  
Tel.: 0231-94 53 62-600  
Fax: 0231-94 53 62-688  
E-Mail: patientenservice@bfs-hf.de

**oral+care**  
Dienstleistungen für Zahnärzte GmbH  
Berliner Allee 61  
40212 Düsseldorf  
Tel.: 0211-86 32 71-72  
Fax: 0211-86 32 71-77  
E-Mail: info@oral-care.de

Die BFS und oral+care gewährleisten die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie sind zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bieten Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

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

Selbstverständlich sind die BFS und oral+care (u.a. gemäß Bundesdatenschutzgesetz) zur Verschwiegenheit verpflichtet.

*Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.*

## Einverständniserklärung\*

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

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Wohnort

Praxisstempel/Klinikstempel

- Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der
- möglichen Anfrage durch den Arzt / Zahnarzt bei der oral+care GmbH und/oder BFS health finance GmbH bezüglich der Abrechnung über die BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
  - möglichen Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunftei durch die BFS,
  - Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die BFS,
  - Übermittlung 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 oral+care und BFS,
  - Speicherung, Bearbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten durch oral+care,
  - Weiterabtretung der Forderungen durch die BFS an die refinanzierende Helaba Dublin Landesbank Hessen-Thüringen International bzw. Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale.

Ich wurde darüber informiert, dass zunächst oral + care die Erstellung der Abrechnung der Leistungen meines Arztes / Zahnarztes durchführen wird und anschließend die BFS die Abrechnung 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.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten, soweit möglich, gelöscht. Ist gesetzlich eine weitere Aufbewahrung vorgeschrieben, werden die Daten für die gesetzlichen Zeiträume weiter aufbewahrt.

### Schweigepflichtsentbindung

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

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

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

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