

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung Rechnungserstellung an Wahlleistungspatienten



Privatärztliche VerrechnungsStelle
Rhein-Ruhr GmbH
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, habe ich die Abrechnung der **Privatärztlichen VerrechnungsStelle Rhein-Ruhr GmbH (PVS)** übertragen. Diese ist bereits 1927 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten gegründet worden. Ihre Mitarbeiter unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie ich selbst.

Meine Honorarforderung trete ich treuhänderisch an die PVS ab, das bedeutet, dass die PVS die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung auf eigene Rechnung einzieht. Die PVS ist Ihre kompetente Ansprechpartnerin für alle Fragen im Zusammenhang mit der Rechnung und ihrer Bezahlung. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und ich als Arzt/Ärztin bin gegebenenfalls Zeuge.

Die PVS unterliegt jedoch bis zur endgültigen Bezahlung meinen Weisungen. Dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung. Ich bleibe auf jeden Fall Herr des Verfahrens und bleibe Ihnen auch als Ansprechpartner erhalten.

Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Abtretung und zur Übermittlung der zur Rechnungserstellung und zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS zu erteilen. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen. Sind die Daten zum Zeitpunkt des Widerrufs noch nicht der PVS übermittelt, erhalten Sie die Rechnung von meiner Praxis.

Mit freundlichem Gruß
Ihre Krankenhausverwaltung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde insoweit meinen Arzt/meine Ärztin zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in

Anmeldung für Privatpatienten

Patient

Name Vorname geb. am

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name Vorname geb. am

Beruf* dienstl. Telefonnummer*

Straße private Telefonnummer*

PLZ Wohnort

Arbeitgeber*

Krankenversicherung/Kostenträger Tarif

Hausarzt/überweisender Arzt*

*** Diese Angaben sind freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese Angaben nicht machen. Allerdings ist es ggf. hilfreich, wenn Sie telefonisch erreichbar sind.**