

Anmeldung für Privatpatienten

Daten des Patienten

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Telefon : _____

Straße : _____ PLZ Ort : _____

PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG: _____

Daten des Versicherten (bei Abweichung vom Patientennamen)

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Telefon : _____

Straße : _____ PLZ Ort : _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Südwest GmbH (bei ambulanter Behandlung) und/oder die PVS Limburg-Lahn GmbH (bei stat. Behandlung und Laboruntersuchungen) zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS Südwest GmbH und PVS Limburg-Lahn GmbH sind berufsständische Gemeinschaftseinrichtungen von Ärzten/Zahnärzten. Sie stehen unter ärztlicher Leitung und ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Sie unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

1. Ich bin mit einer Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenakte entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH oder PVS Limburg-Lahn GmbH als Ihren kompetente Ansprechpartner, einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH oder PVS Limburg-Lahn GmbH Prozesspartei: mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.

2. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenakte an die PVS Südwest GmbH und/oder PVS Limburg-Lahn GmbH einverstanden.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS Südwest GmbH und/oder PVS Limburg-Lahn GmbH widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen Arzt/Praxis und der PVS Südwest GmbH/ PVS Limburg-Lahn GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

-PVS Südwest GmbH: Geschäftsstelle Mannheim, C8,9, 68159 Mannheim bzw. Geschäftsstelle Karlsruhe, Rheinstraße 77a, 76185 Karlsruhe und den Druck und Versand der Rechnungen durch deren Tochtergesellschaft ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH, Rheinstraße 77a in 76185 Karlsruhe

-PVS Limburg-Lahn GmbH: Auf der Heide 2, 65553 Limburg

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Datum

Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigten

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung' PVS Südwest/ PVS Limburg-Lahn habe ich erhalten und akzeptiere sie

Datum: _____

Unterschrift: _____