Anmeldung für Privatpatienten

Patient

Name Vorname geb. am

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name Vorname geb. am

Beruf* tel. erreichbar*

Straße E-Mail Adresse*

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.**

PVS berlin-brandenburg
EIN UNTERNEHMEN DER PVS HOLDING

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

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 meiner Leistungen der **PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin**, übertragen. Diese ist im Ursprung bereits 1927 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten gegründet worden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben schaltet die PVS das mit ihr verbundene Unternehmen PVS holding GmbH ein. Die PVS holding GmbH ist die Muttergesellschaft der PVS. Die PVS holding GmbH wickelt im Auftrag der PVS sämtliche mit der Erstellung und Bezahlung der Rechnungen in Verbindung stehenden buchhalterischen Vorgänge ab. Zudem übernimmt die PVS holding GmbH im Auftrag der PVS die Wartung und Pflege der EDV-Infrastruktur sowie den Druck und Versand der Rechnungen und der Kundendokumentation. Alle Mitarbeiter dieser Unternehmen 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 Ärztin/Arzt 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 oben genannten PVS-Unternehmen 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 Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dann müsste ich selbst die Abrechnung vornehmen.

Mit freundlichem Gruß
Ihre Ärztin/Ihr Arzt

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

Datum:_____ **Unterschrift Patient/in:**_____

Tarifgruppe: Bitte unbedingt kennzeichnen, um Abrechnungsfehler zu vermeiden:

Beihilfe	GOÄ-Normal 1,8/2,3-3,5	Standard-Tarif 1,38/1,8	Privat-Studentisch 1,3/1,7	**Basistarif 1,0/1,2**	Post BeaKK 1,5/1,9	KVB 1,8/2,2	Sonstige (z.B. Knappschaft)	IGeL-Selbstzahler/Behandlungsvertrag
Steigerung 2,5/3,5	Steigerung 2,5/3,5	**Keine Steigerung**	**Keine Steigerung**	**Keine Steigerung**	Steigerung nur auf Beihilfeanteil	Steigerung nur Klasse IV		
.....%								