

Anmeldung als Privatpatientin/ Privatpatient

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeite ich mit der Privatverrechnungsstelle Niedersachsen (PVS) für Ärzte und Zahnärzte (r.k.V.) zusammen. Bei der PVS handelt es sich um eine berufsständige Organisation mit Sitz in Hannover und Bezirksstellen in Aurich, Braunschweig, Göttingen, Hannover, Lüneburg, Oldenburg, Osnabrück, Stade, Verden und Wilhelmshafen.

Ich habe die PVS beauftragt, alle Arbeiten im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung und deren Bearbeitung durchzuführen.

Zur Erstellung der Liquidation gem. § 12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden die Daten an die PVS übermittelt. Die Privatverrechnungsstelle steht unter ärztlicher Leitung und wird ausschließlich nach meinen Weisungen tätig. Sie unterliegt, wie auch jeder Arzt, den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzgesetzes.

Ich darf Sie freundlichst bitten, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungsstellung durch EDV notwendigen Daten an die Privatverrechnungsstelle zu übermitteln .

Sollten Sie der Weitergabe der Daten an die Privatverrechnungsstelle nicht zustimmen oder die gegebene Zustimmung widerrufen, entstehen Ihnen keine Nachteile, ich werde dann die Leistungen am Tag des Kontaktes mit uns in Rechnung stellen und darf Sie bitten, die entstandenen Kosten anschließend in meiner Praxis direkt zu begleichen.

Mit freundlichen Gruß,
Ihr Marc-Oliver Blaschke

Datum und Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Anmeldung als Privatpatientin/ Privatpatient

Name d. Patientin/Patienten	Vorname	Geburtsdatum
------------------------------------	----------------	---------------------

Name d. Hauptversicherten	Vorname	Geburtsdatum
----------------------------------	----------------	---------------------

Rechnungsanschrift d. Hauptversicherten (Str./PLZ/ Ort)

Telefon	Beruf d. Hauptversicherten	Krankenversicherung
----------------	-----------------------------------	----------------------------

E-Mail-Adresse

Ich habe ausführliche Kenntnis erhalten und erteile mein Einverständnis, dass die Erstellung der für meine Person bestimmten Privatabrechnung (Liquidation) durch die berufsständische Privatverrechnungsstelle Niedersachsen (PVS) für Ärzte und Zahnärzte erfolgt. An diese werden alle für die Rechnungsstellung notwendigen Daten weitergegeben.

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf die mögliche Abrechnung von durch mich beauftragten Ärzten und Laborgemeinschaften.

Die Mitarbeiter in den entsprechenden Betrieben und der PVS unterliegen, wie auch meine Person den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Mit meiner Unterschrift erteile ich ausdrücklich und bis auf Widerruf mein Einverständnis zur Liquidation der Leistungen über die PVS. Die dazu erforderlichen Daten dürfen an diese weitergeleitet werden.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Datum u. Unterschrift d. Patientin/Patienten

Unterschrift Arzt