

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeite ich mit der

PrivatVerrechnungsStelle (PVS)

der Ärzte und Zahnärzte in Niedersachsen (r.k.V.)

zusammen.

Ich bitte Sie, durch Ihre Unterschrift **Ihr Einverständnis** zu erteilen, die zur Rechnungserstellung durch EDV notwendigen Daten an die PVS zu übermitteln. Wenn Sie der Weitergabe der Daten nicht zustimmen oder die gegebene Zustimmung widerrufen, entstehen Ihnen keine Nachteile, und ich werde meine Leistungen selbst in Rechnung stellen.

Bei der PVS handelt es sich um eine berufsständische Organisation mit Sitz in Hannover und Bezirksstellen in Aurich, Braunschweig, Göttingen, Hannover, Lüneburg, Oldenburg, Osnabrück, Stade, Verden und Wilhelmshaven. Die PVS steht unter ärztlicher Leitung und wird ausschließlich nach meinen Weisungen tätig. Sie unterliegt, wie jeder Arzt, den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzgesetzes.

Ich habe die PVS beauftragt, alle Arbeiten im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung und -bearbeitung durchzuführen. Die PVS handelt im Rahmen der in ihrem Abrechnungskodex festgelegten Richtlinien. Zur Erstellung der Liquidation, gem. §12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/ §10 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), werden die Daten an die PVS übermittelt.

Mit freundlichem Gruß
Ihre Ärztin/Ihr Arzt

Patient

Name, Vorname Geburtsdatum

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

Name, Vorname Geburtsdatum

Beruf *

Straße

PLZ / Ort

Telefon dienstlich Telefon privat

Arbeitgeber *

Krankenversicherung/Kostenträger

Standardtarif Basistarif Beihilfeberechtigt

Post B KVB

Datum Unterschrift

* freiwillige Angabe