

Très chère patiente, très cher patient,

dans l'intérêt d'un établissement de facture rapide et correct, je travaille avec la facturation

**PrivatVerrechnungsStelle (PVS)**

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

Je vous demande de donner votre accord par votre signature communiquer les données nécessaires à l'établissement de facture par l'informatique au PVS. Si vous n'approuvez pas la transmission des données ou révoquez le consentement donné, aucun désavantage ne vous naît, et je prendrai mes performances elles-mêmes en considération.

En ce qui concerne le PVS, il s'agit d'organisation en rapport avec la profession avec le siège à Hannovre et Bezirksstellen à Aurich, Brunswick, Goettingen, Hannovre, Lunebourg, Oldenburg, OsnabruECK, Stade, Verden et Wilhelmshaven. Le PVS est sous une conduite médicale et travaille exclusivement après mes instructions. Elle est soumise, comme chaque médecin, aux dispositions du devoir de silence médical et de la loi sur la protection des données.

J'ai chargé le PVS mettre un traitement en oeuvre tous les travaux en rapport avec la facturation et -. Le PVS agit dans le cadre des directives spécifiques dans son codex de déduction. Pour fournir la liquidation, conformément à §12 du tarif des taxes pour les médecins (GOÄ)/§10 du tarif des taxes pour des dentistes (GOZ), les données sont communiquées au PVS.

Avec une salutation amicale

Votre médecin/votre médecin

**patient**

\_\_\_\_\_

nom de famille, nom

\_\_\_\_\_

anniversaire

**destinataire**

\_\_\_\_\_

nom de famille, nom

\_\_\_\_\_

anniversaire

\_\_\_\_\_

métier

\_\_\_\_\_

rue

\_\_\_\_\_

code postal

\_\_\_\_\_

lien/place

\_\_\_\_\_

telephone

\_\_\_\_\_

employeur

\_\_\_\_\_

assurance maladie

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature