

Caro paziente,

al fine di consentire una rapida e precisa fatturazione io lavoro con la

**PrivatVerrechnungsStelle (PVS)**

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

insieme.

Vi chiedo di dare il suo consenso con la firma, a trasmettere ai dati informatici di fatturazione richiesto dal PVS. Se il consenso alla condivisione dei dati, o di revocare il consenso dato a voi in qualsiasi svantaggio, e io farò la mia prestazione anche carica.

Quando PVS è un organizzazione professionale con sede ad Hannover e Uffici distrettuali in Aurich, Braunschweig, Gottinga, Hannover, Lüneburg, Oldenburg, Osnabrück, Stade Verden Wilhelmshaven. Il PVS è sotto controllo medico e si agisce esclusivamente in base alle mie istruzioni. Essa è soggetta, come ogni medico, le regole del segreto medico e la protezione dei dati personali.

Ho chiesto al PVS per eseguire tutti i lavori connessi con la fatturazione e la trasformazione. Il PVS è definito ai sensi del Codice nei loro orientamenti di fatturazione. Per stabilire la liquidazione, acc. § 12 delle tasse per gli orari del medico () / § 10 delle tasse per i dentisti (GOZ), i dati vengono inviati al PVS. segno Cordiali saluti, il medico di contatto sul retro.

I miei più cordiali saluti  
tuo dottoressa/ tuo dottore

**paziente**

nome cognome

compleanno

**contabile destinatario**

nome cognome

compleanno

di professione

strada

codice postale località

telefonico

padrone

assicurazione sanitaria

data

segnatura