



Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeite ich mit der

PrivatVerrechnungsStelle (PVS) der Ärzte 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 30159 Hannover, Osterstr. 60. 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. Darüber wacht der interne Datenschutzbeauftragte.

Ich übermittle der PVS dazu digital verschlüsselt oder per Post Ihre persönlichen Daten: Name und Adresse, Geburtsdatum, Behandlungszeitraum, Diagnosen, ärztliche Leistungen und Verordnungen sowie bei Krankenhausbehandlungen Krankenakten. Die PVS liest diese Daten ein und erstellt dazu die Rechnung gemäß §12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die sie Ihnen zusendet. Wenn eine zwangsweise Einziehung nötig ist, werden wie üblich Dritte eingeschaltet. Ihre Daten werden gelöscht, wenn die Rechnung beglichen ist und keine Rückfragen zu erwarten sind.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der abwesende Sorgeberechtigte ebenfalls seine Einwilligung erteilt.

Freundlicher Gruß
Ihre Ärztin/Ihr Arzt

Bitte auf der Rückseite unterschreiben

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ / Ort

Telefon dienstlich

Telefon privat

Arbeitgeber

Krankenversicherung/Kostenträger

- Normale private Krankenversicherung
 Beihilfeberechtigt

Besondere Versicherungen:

Post B KVB

Besondere Tarife:

Basistarif* Standardtarif*

*Ausweispflichtig (Versichertenkarte/-schreiben vorlegen)

Datum

Unterschrift