

Servicevereinbarung

PVS/Mitgliedsnummer: wird durch die PVS ausgefüllt

Rechnungskopf

Titel: Post an diese Adresse senden
Vorname: Nachname:
Praxisbezeichnung
Fachgebiet
Straße & Hausnummer:
PLZ & Ort:

Praxisinfo

Ansprechpartner:
Tel-Durchwahl: Homepage:
E-Mail:
KV Betriebsstätten-Nr.:
Lebenslange Arztnr.:
Ust.-ID: IK-Nr.:

Privat-/Postanschrift

Art der Anschrift: s. Beitrittserklärung Privatanschrift abweichende Praxisanschrift
Titel:
Vorname: Nachname:
Praxisbezeichnung:
Fachgebiet:
Straße & Hausnummer:
PLZ & Ort:

Kontoverbindung

Sämtliche Zahlungsangelegenheiten sind über nachstehend aufgeführte Bankverbindung abzuwickeln!
 Kontodaten wie in der Beitrittserklärung abweichende Kontodaten
Ansprechpartner:
Kontoinhaber: Kreditinstitut:
IBAN: BIC:
Guthabenauszahlung: 1x /Monat 1x /Quartal

PVS/Mitgliedsnummer: wird durch die PVS ausgefüllt

Honoraranweisung**Beachtung gebührenrechtlicher Ausschlüsse (nicht nebeneinander berechenbare Leistungen) gemäß GOÄ erfolgt durch die PVS.**Fachliche Weisung für MIII / MIV Laborleistungen liegt vor: Ja NeinFacharzt für Physikalische Therapie und /oder Rehabilitative Medizin: Ja NeinBelegarzt: Ja Nein

Name des KH:

Auslagen (§10 GOÄ):

Medikamente & Auslagen werden in den Abrechnungsunterlagen angegeben Ja NeinAbrechnung laut separater Aufstellung: Ja Nein

Sonstige Hinweise /Anweisungen:

MahnverfahrenGerichtliches Mahnverfahren Abgabe an: RST Anwalt PVSEinverständnis für Patientenratenzahlungen: Ja NeinMahnverfahren*

* Zahlungserinnerung + Mahnung + Anwaltsmahnung + Arztanfrage

Abrechnung & EDVAbrechnung über: Online (PADdialog) Datenträger Fieberkurven Papier /Abrechnungsbl.PADdialog-Verschlüsselung: PADsafe medisign Card Information gewünscht

Praxissoftware:

Auswertungen: Fachgruppenvergleich (halbjährlich) andere

Damit die PVS Niedersachsen die Rechnungen erstellen kann, lässt sich das Mitglied eine Patienten-Erklärung über die Weitergabe der Patientendaten an die PVS unterschreiben. Vordrucke finden Sie zum Download auf unserer Internetseite www.pvs-niedersachsen.de im Bereich Service oder können in Ihrer Bezirksstelle bestellt werden.

Servicevereinbarung

Zusatz für ambulante Abrechnung

PVS/Mitgliedsnummer: wird durch die PVS ausgefüllt

Abgaberegung

Ambulant: [Nutzungsentgelt = Sachkosten (DKG-NT/Kostenerstattung und Vorteilsausgleich)]

Sollen Sachkosten (DKG-NT) ermittelt und an die Verwaltung weitergegeben werden (Spalte 4, 5 o. 6)?

Ja Nein

Spalte: 4 5 6

Soll die Kostenerstattung ermittelt und an die Verwaltung weitergeleitet werden?

Ja Nein

Soll der Vorteilsausgleich vor /nach Abzug der Sachk. (DKG-NT) ermittelt und weitergeleitet werden?

Ja Nein

Sind evtl. weitere Abgaben zur ermitteln (Poolabgaben)?

Ja Nein

Wenn ja, von welchem Betrag:

Sonstige Absprachen / Informationen:

Kontoverbindung

Bankverbindung der Krankenhaus- bzw. Klinikverwaltung oder Arzt Konto für die Abgaben:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN: BIC:

Unterschrift (en) Arzt / Ärztin:

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Servicevereinbarung

Zusatz für stationäre Abrechnung

PVS/Mitgliedsnummer: wird durch die PVS ausgefüllt

Abgaberegung

Soll Nutzungsentgelt (= Kostenerstattung & Vorteilsausgleich) ermittelt und an die Verwaltung weitergeleitet werden?

Ja Nein

Soll die Abgabe (Kostenerstattung) ermittelt und an die Verwaltung weitergeleitet werden?

Ja Nein

Wenn ja, von welchem Betrag? Bruttoliquidation Patienteneinzahlungen

Wenn ja, in welcher Höhe (%)? Bruttoliquidation Patienteneinzahlungen

Soll die Abgabe (Vorteilsausgleich) ermittelt und an die Verwaltung weitergeleitet werden?

Ja Nein

Wenn ja, von welchem Betrag? Bruttoliquidation Patienteneinzahlungen

Wenn ja, in welcher Höhe? _____% Bruttoliquidation Patienteneinzahlungen

Vorteilsberechnung (VOR oder NACH Abzug der Kostenerstattung)

vor nach

Kontoverbindung

Bankverbindung der Krankenhaus- bzw. Klinikverwaltung oder Arzt Konto für die Abgaben:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN: BIC:

Unterschrift (en) Arzt / Ärztin:

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

Name Geburtsdatum Datum / Unterschrift

