

**Mitgliedsnummer** (wird durch die PVS ausgefüllt): \_\_\_\_\_

## Praxisinformationen

### Praxisform:

- Einzelpraxis  
 Praxisgemeinschaft  
 Gemeinschaftspraxis  
 \_\_\_\_\_

Anzahl angestellte Ärzte: \_\_\_\_\_

Anzahl abrechnende Ärzte: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

### Praxisdaten:

- abweichende Adresse: → \_\_\_\_\_  
Adresszeile 1
- siehe Beitrittserklärung: \_\_\_\_\_  
Adresszeile 2
- siehe Praxisstempel: \_\_\_\_\_  
Adresszeile 3

\_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ & Ort

KV Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_

Umsatzsteuer-IdNr.: \_\_\_\_\_

Praxissoftware: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

### bevorzugte Kontaktart:

- E-Mail     PADsafe     Telefon     Telefax

### Öffnungszeiten:

Montag: \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_    Donnerstag: \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_

Dienstag: \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_    Freitag: \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_

Mittwoch: \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer (wird durch die PVS ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

## Bankverbindung

**Sämtliche Zahlungsangelegenheiten sind über nachstehend aufgeführte Bankverbindung abzuwickeln!**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Guthabenauszahlung:  1x Monat  1x Quartal

## Honorarabrechnung

**Ich/wir möchten folgende Leistungen abrechnen:**

Privat-/Beihilfeleistungen  Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Unfallpatienten/Berufsgenossenschaft  Kostenerstattungen

Belegarzt im Krankenhaus: \_\_\_\_\_

**Datenübermittlung:**

Datenträger  Papier / Abrechnungsblatt  Auswertung Patientenakte/-kartei

Online Vollzugang\* (Zugriff auf alle Bereiche. Rechnungsjournale und Kontoauszüge nur online abrufbar.)

Online Eingeschränkter Zugang\* (Zugriff auf Bereiche: Datentransfer, Offene Posten, Kommunikation. Rechnungsausgangsjournale und Kontoauszüge werden per Post verschickt.)

Unverbindliches Abrechnungsintervall:  Monatlich  Quartal  \_\_\_\_\_

Jährliches Abrechnungsvolumen: ca. \_\_\_\_\_ , - €

**Nur bei Online-Zugang ausfüllen:**

Verschlüsselungszertifikat ausstellen für: \_\_\_\_\_

Mail-Adresse für Zertifikat:  Praxis (s. Praxisinfo)  Privat (s. Beitrittserklärung)

Sonstige: \_\_\_\_\_

Transportpasswort an:  Praxisanschrift  Privatanschrift

Sonstige: \_\_\_\_\_

\* Die PVS-Gebühren entsprechen beim Vollzugang der Gebührenstaffelung „Online“. Bei eingeschränktem Zugang der Gebührenstaffel „Datenträger“.

Mitgliedsnummer (wird durch die PVS ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

## Honorarabrechnung

### Vorgaben zur Liquidation

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](http://www.pvs-niedersachsen.de) im Bereich Service oder können in Ihrer Bezirksstelle bestellt werden.

### Beachtung gebührenrechtlicher Ausschlüsse (nicht nebeneinander berechenbare Leistungen) gemäß GOÄ erfolgt durch die PVS.

- Speziallabor M III/M IV:  Die Leistungen nach Abschnitt M III/M IV GOÄ werden in meiner/ unserer Praxis erbracht und sollen abgerechnet werden.
- Die Leistungen nach Abschnitt M III/M IV GOÄ werden außerhalb meiner/ unserer Praxis unter meiner/ unserer persönlichen Aufsicht und fachlichen Weisung erbracht und sollen abgerechnet werden.
- Die Leistungen nach Abschnitt M III/M IV GOÄ sollen nicht abgerechnet werden.

Facharzt für Physikalische Therapie und/oder Rehabilitative Medizin:  Ja  Nein

Erstattungssätze Postbeamten B (1,9/1,5/1,15-fach):  werden akzeptiert  
 werden nicht akzeptiert

Studentische Versicherung (PSKV) (1,7/1,3/1,1-fach):  werden akzeptiert  
 werden nicht akzeptiert

Medikamente & Auslagen (§10 GOÄ):  werden in den Abrechnungsunterlagen angegeben  
 sollen laut separater Aufstellung abgerechnet werden  
 sollen nicht abgerechnet werden

Ansprechpartner für Abrechnungsfragen: \_\_\_\_\_

Tel.-Durchwahl: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise / Anweisungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mitgliedsnummer** (wird durch die PVS ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

## Honorarabrechnung

### Rechnungsversand

Rechnungskopf:  wie Praxisanschrift / Stempel

mit Privatanschrift (siehe Beitrittserklärung)

abweichender Kopf:

Adresszeile 1

Adresszeile 2

Adresszeile 3

Adresszeile 4

Straße & Hausnummer

PLZ & Ort

Sonstige Hinweise / Anweisungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Forderungsmanagement

Außergerichtliches Mahnverfahren  durch die PVS

Gerichtliches Mahnverfahren - Abgabe an:  RST (Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V.)

Anwalt PVS

Einverständnis für Patienten-Ratenzahlung:  Ja  Nein

Sonstige Hinweise / Anweisungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mitgliedsnummer** (wird durch die PVS ausgefüllt): \_\_\_\_\_

## Korrespondenz

Versand **allgemeiner Korrespondenz** an:  
(z. B. Fragen/Informationen zur Abrechnung)

Praxisanschrift       Privatanschrift

Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versand des **Rechnungsausgangs Journals** an:

Praxisanschrift       Privatanschrift

Download Onlineportal\*

Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versand des **Kontoauszugs** an:  
(quartalsweise)

Praxisanschrift       Privatanschrift

Download Onlineportal\*

Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versand von **Auswertungen** an:  
(z. B. Fachgruppenvergleich)

Praxisanschrift       Privatanschrift

Sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Nur mit Online Vollzugang. Bei Online Vollzugang sind Rechnungsausgangs Journale und Kontoauszüge nur online abrufbar, kein Versand per Post!

**Mitgliedsnummer** (wird durch die PVS ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

## Service

Ich bin an folgendem kostenfreien und unverbindlichen Informationsservice interessiert:

<input type="checkbox"/> PVS-Telegramm	Versand:	<input type="checkbox"/> per Mail	an	<input type="checkbox"/> Privat
		<input type="checkbox"/> per Post		<input type="checkbox"/> Praxis
		<input type="checkbox"/> Download Onlineportal*		<input type="checkbox"/> Fax
<input type="checkbox"/> PVS/Magazin <b>zifferdrei:</b>	Versand:	<input type="checkbox"/> per Mail	an	<input type="checkbox"/> Privat
		<input type="checkbox"/> per Post		<input type="checkbox"/> Praxis
		<input type="checkbox"/> Download Onlineportal*		
<input type="checkbox"/> PVS Inside:	Versand:	<input type="checkbox"/> per Mail	an	<input type="checkbox"/> Privat
		<input type="checkbox"/> per Post		<input type="checkbox"/> Praxis
		<input type="checkbox"/> Download Onlineportal*		
<input type="checkbox"/> Gesundheitspolitischer Brief: (wird ausschließlich per E-Mail versendet)		<input type="checkbox"/> Kurzfassung	an	<input type="checkbox"/> Privat
		<input type="checkbox"/> Langfassung		<input type="checkbox"/> Praxis
<input type="checkbox"/> Auswertungen:		<input type="checkbox"/> Fachgruppenvergleich (halbjährlich)		
		<input type="checkbox"/> andere _____		
		_____		
<input type="checkbox"/> Praxislogo auf Rechnung drucken:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	



# Servicevereinbarung

der PVS Niedersachsen



Niedersachsen

**Mitgliedsnummer** (wird durch die PVS ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

## Unterschrift/en Ärztin/Arzt:

Diese Servicevereinbarung wird mit nachfolgender/nachfolgenden Unterschrift/en rechtsverbindlich geschlossen. Sofern für Ihre Organisationseinheit zur Rechtswirksamkeit im Außenverhältnis mehr als eine gültige Unterschrift benötigt wird, bitten wir um Unterschrift aller hierfür notwendigen Zeichnungsberechtigten. Bei einer Praxisform wie Gemeinschaftspraxis bedeutet dieses z. B., dass jeder Praxisinhaber mit unterschreiben muss.

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------

---

Name	Geburtstag	LANR	Datum / Unterschrift
------	------------	------	----------------------