

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

als Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt möchte ich die mir zur Verfügung stehende Zeit ganz meinen Patienten widmen, daher beauftrage ich mit der Erstellung der Honorarrechnung die



**PrivatVerrechnungsStelle der
Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V.**
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Die PVS Bremen e.V. ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung der Ärzte. Sie steht unter ärztlicher Leitung und arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der Ärzte. Die Mitarbeiter der PVS Bremen e.V. unterliegen – wie die Ärztin / der Arzt selbst – gemäß § 203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Der Rechnungsdruck und –versand erfolgt durch das Versandzentrum der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.G., Remscheider Str. 16, 45466 Mülheim a.d. Ruhr.

Ich bitte Sie daher um Ihr Einverständnis zur Weitergabe der notwendigen Daten an die PVS Bremen e.V. und deren Versandzentrum.

Mit der Weitergabe meiner Daten an die PVS Bremen e.V.
und deren Versandzentrum bin ich einverstanden.

(Arztstempel)

Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

als Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt möchte ich die mir zur Verfügung stehende Zeit ganz meinen Patienten widmen, daher beauftrage ich mit der Erstellung der Honorarrechnung die



**PrivatVerrechnungsStelle der
Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V.**
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Die PVS Bremen e.V. ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung der Ärzte. Sie steht unter ärztlicher Leitung und arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der Ärzte. Die Mitarbeiter der PVS Bremen e.V. unterliegen – wie die Ärztin / der Arzt selbst – gemäß § 203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Der Rechnungsdruck und –versand erfolgt durch das Versandzentrum der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.G., Remscheider Str. 16, 45466 Mülheim a.d. Ruhr.

Ich bitte Sie daher um Ihr Einverständnis zur Weitergabe der notwendigen Daten an die PVS Bremen e.V. und deren Versandzentrum.

Mit der Weitergabe meiner Daten an die PVS Bremen e.V.
und deren Versandzentrum bin ich einverstanden.

(Arztstempel)

Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin