Praxisstempel

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

zur Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die

Die PVS Bremen

Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits im Jahr 1939 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten / Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS und deren Mitarbeiter unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der Schweigepflicht gem. § 203 StGB und des Datenschutzes. Der Rechnungsdruck und Versand erfolgt durch das Druck- und Versandzentrum der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.G., Remscheider Str. 16, 45466 Mülheim / Ruhr.

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen / zahnärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V. (kurz: PVS / Bremen) und deren Druck- und Versandzentrum, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS / Bremen die Leistungen meines Arztes / Zahnarztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei zum Zweck der Geltendmachung einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS / Bremen Prozesspartei; mein Arzt / Zahnarzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt / Zahnarzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Gleichzeitig willige ich durch meine Unterschrift ein, dass mein Arzt / Zahnarzt bzw. die PVS / Bremen bestimmte Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum zur Bonitätsprüfung an die Creditreform Boniversum GmbH, Hammfelddamm 13, 41460 Neuss, weitergibt.
4. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS / Bremen schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgte Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PSV / Bremen mehr statt.

Ort, Datum | Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche (r) Vertreter)

Anmeldung für Patienten (Angaben freiwillig)

Name, Vorname (behandelte Person) | Geburtsdatum | Telefon

Name, Vorname (Rechnungsempfänger bei minderjährigen Pat.) | Geburtsdatum | Telefon

Straße / Hausnummer | PLZ / Ort | E-Mail

Hausarzt / überweisender Arzt | Kostenträger / Versicherung

- ☐ PKV Vollversicherungstarif / Normaltarif (Selbstzahler)
- ☐ Post B
- ☐ KVB I-III
- ☐ KVBIV (PKV Vollversicherungstarif)
- ☐ gesetzlicher PKV-Basistarif (§75 SGB-V) (Nachweis erforderlich!)
- ☐ PKV-Standardtarif (§257 SG V) (Nachweis erforderlich!)
- ☐ PKV-Studententarif
- ☐ Sonstiges _____

Ort, Datum | Unterschrift (Patient / in bzw. gesetzliche (r) Vertreter)

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V., Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen (kurz: PVS / Bremen), einer im Jahr 1939 gegründeten berufsständischen Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS / Bremen. Sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS / Bremen hilft Ihnen gerne auch hier weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Ziffernzusammenstellung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS / Bremen als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter Tel.: 0421 / 360 85-0 bzw. E-Mail:
info@pvs-bremen.de.

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von der PVS / Bremen verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS / Bremen (datenschutz@pvs-bremen.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS Transparenzerklärung“, welche unter www.pvs-bremen.de/downloads/ im Internet abrufbar ist und hier zu Ihrer Kenntnis ausliegt.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

_____

Praxisstempel des Verantwortlichen