



Einwilligungserklärung PVS

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Sehr geehrte/r Dame/Herr,

zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Südwest GmbH zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS Südwest GmbH ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten. Sie steht unter ärztlicher Leitung und ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS Südwest GmbH unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung erbrachten ärztlichen 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 PVS Südwest GmbH als ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse Geschäftsstelle Mannheim, C 8, 9, 68159 Mannheim bzw. Geschäftsstelle Karlsruhe, Rheinstraße 77a, 76185 Karlsruhe und den Druck und Versand der Rechnungen durch deren Tochtergesellschaft ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH, Rheinstraße 77a in 761585 Karlsruhe, einverstanden, Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.

2. Sollte es über die Berichtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS Südwest GmbH einverstanden.

3. 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 Südwest GmbH widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen Arzt/Praxis und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter/Vertretungsberechtigte

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung der anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt