Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

PVS bayern
EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS bayern GmbH (PVS), Landsberger Str. 346, 80687 München wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.
Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS rhein-ruhr GmbH, eine Schwestergesellschaft der PVS, unterhält im Auftrag der PVS das Servicecenter für Patienten- und Kundenkommunikation. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.
Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen somit der beruflichen Verschwiegenheit sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind.
Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.
Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.
Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in

Anmeldung für Patienten

Patient

Name | Vorname | geb. am

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name | Vorname | geb. am

Beruf* | tel. erreichbar*

Straße/Hausnummer | E-Mail-Adresse*

PLZ | Wohnort

Arbeitgeber*

Krankenversicherung/Kostenträger* | Tarif*

Hausarzt/überweisender Arzt*

*** Diese Angaben sind freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese Angaben nicht machen. Allerdings ist es ggf. hilfreich, wenn Sie telefonisch erreichbar sind.**