

Patientendaten

Arztstempel

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der heutigen Zeit wird die ärztliche Tätigkeit sehr stark von zeitaufwendigen Verwaltungsarbeiten ausgefüllt. Um mich mehr meinen beruflichen Aufgaben widmen zu können, beabsichtige ich die komplizierte Rechnungserstellung und die damit verbundenen Arbeiten der ärztlichen Gemeinschaftseinrichtung

Privatärztliche Verrechnungsstelle GmbH (PVS)
Oltmannsstraße 9, 79100 Freiburg,



bzw. für den Druck und Versand der Rechnungen dem Druckzentrum der PVS holding GmbH, Remscheiderstr. 16 in 45481 Mülheim, zu übertragen.

Bei einer Rechnungserstellung benötigt die PVS bzw. das Druckzentrum neben Anschrift Geburtsdatum und Kostenträger, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen. All diese Daten werden von der PVS bzw. dem Druckzentrum vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen, mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie ich selbst.

Ihre behandelnden Ärzte treten ihre Honorarforderungen treuhänderisch an die Verrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die PVS im Namen der Ärzte die Rechnung erstellt und deren Honorarforderungen einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und ihre Ärzte würden gegebenenfalls als Zeugen gehört werden. Ihre Ärzte bleiben auf jeden Fall Herr des Verfahrens. Die PVS unterliegt den Weisungen der Ärzte, dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung.

Mit der Weitergabe der oben genannten Daten an die PVS zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen bzw. an das Druckzentrum zum Druck und Versand der Rechnungen, bin ich einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS widerrufen. Dies gilt auch für mitbehandelnde Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte.

Hiermit erteile ich diese Einwilligung und entbinde insoweit meine Ärzte zugleich von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Sorgeberechtigten

Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patienten:

Der allein unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

05/2018