

Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin

Telefon: 030 / 224 880 04

Telefax: 030 / 224 880 05

E-Mail: info@radio-strahlentherapie.de

www.radio-strahlentherapie.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

**um Ihnen einen vollumfänglichen Service bieten zu können,
bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Vielen
Dank.**

Ihr Praxisteam

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Land
Telefon privat	Telefon mobil	
Beruf / Tätigkeit	E-Mail (Verwendung nur für persönliche Benachrichtigungen – keine Werbung)	
Krankenversicherung	Versicherungsnummer	

Bitte informieren Sie folgende Ärzte über Befunde und Therapie:

Arzt	Anschrift	Telefon / E-Mail
------	-----------	------------------

Wenn ich nicht erreichbar bin, können Sie in dringenden Fällen folgende Person benachrichtigen:

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Telefon / E-Mail
---------------	---------------------------	------------------

Hinweis

- Eine Behandlung kann und wird nur erfolgen, soweit eine wirksame Einwilligungserklärung/ Schweigepflichtentbindungserklärung für die Abrechnung der Arzthonorare über die PVS vorliegt.

Einverständniserklärung

- Ihren Krankenversicherungstarif und Leistungsbeschränkungen und Leistungsausschlüsse hat Ihnen Ihre Krankenversicherung mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte ihre Honorare nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) berechnen und den Gebührensatz bis zum 3,5-fachen steigern können. Eine einseitig durch Ihre Versicherung oder durch Sie verkündete Reduzierung des Gebührenrahmens akzeptieren wir nicht. Mündliche Nebenabreden gelten nicht.
- Ich erkläre mich bis auf schriftlichen Widerruf einverstanden mit der Speicherung meiner Daten inkl. medizinischer Informationen beim Zentrum für Radio-Strahlentherapie nach den gesetzlichen Vorgaben zur Verwendung dieser innerhalb der Praxis und dem Zugriff der beim Zentrum für Radio-Strahlentherapie tätigen Ärzte auf diese Daten.
- Nachrichten inkl. medizinischer Befunde können mir per E-Mail zugesandt werden.
- Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der CHHG und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter <https://www.radio-strahlentherapie.de/impressum>.

Berlin,

Ort, Datum	Name (in Druckbuchstaben)	Unterschrift
------------	---------------------------	--------------

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin 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 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 der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung 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 Privatpatienten

Patient

Name Vorname geb. am

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name Vorname geb. am

Beruf* tel. erreichbar*

Straße 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.**