

# Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Rechnungserstellung an Wahlleistungspatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten zu haben, haben wir die Abrechnung unserer Leistungen der **PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin**, übertragen. Diese ist im Ursprung bereits 1927 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten gegründet worden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben schaltet die PVS das mit ihr verbundene Unternehmen PVS holding GmbH ein. Die PVS holding GmbH ist die Muttergesellschaft der PVS. Die PVS holding GmbH wickelt im Auftrag der PVS sämtliche mit der Erstellung und Bezahlung der Rechnung in Verbindung stehenden buchhalterischen Vorgänge ab. Zudem übernimmt die PVS holding GmbH im Auftrag der PVS die Wartung und Pflege der EDV-Infrastruktur sowie den Druck und Versand der Rechnungen und der Kundendokumentation. Alle Mitarbeiter dieser Unternehmen unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie wir selbst.

Unsere Honorarforderung treten wir treuhänderisch an die PVS ab, das bedeutet, dass die PVS die Rechnung im eigenen Namen erstellt und die Honorarforderung auf eigene Rechnung einzieht. Die PVS ist Ihre kompetente Ansprechpartnerin für alle Fragen im Zusammenhang mit der Rechnung und ihrer Bezahlung. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und wir als Ihre behandelnden Ärzte / Krankenhausverwaltung sind gegebenenfalls Zeuge. Die PVS unterliegt jedoch bis zur endgültigen Bezahlung unseren Weisungen. Dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung. Wir bleiben auf jeden Fall Herr des Verfahrens und Ihnen auch als Ansprechpartner erhalten.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Abtretung und zur Übermittlung der zur Rechnungserstellung und zum Einzug unserer Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die oben genannten PVS-Unternehmen zu erteilen. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dann müssten wir selbst die Abrechnung vornehmen.

Mit freundlichem Gruß

Ihre behandelnden Ärzte/Ihre Krankenhausverwaltung

**Hiermit erteile ich diese Einwilligung und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in

## Anmeldung für Privatpatienten

\_\_\_\_\_ 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.**