

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg, einer im Jahr 1926 gegründeten berufsständischen Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.



Wir möchten Sie daher bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist **freiwillig**. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Empfänger der Daten ist die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg, sie unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg hilft Ihnen gerne auch hier weiter, beantwortet Ihre Fragen zur Ziffernzusammenstellung, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie auch bei der Gegenargumentation, wenn es zu Beanstandungen Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg oder unter Tel.: 04551-809-0 bzw. E-Mail: info@pvs-se.de und www.pvs-se.de.

Die von der PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Schleswig-Holstein • Hamburg (E-Mail: datenschutz@pvs-se.de).

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“ die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-se.de/transparenz.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Anmeldebogen für Privatpatienten

Praxisstempel

Patienten- & Kontaktdaten

Name, Vorname (behandelte Person)	Geburtsdatum (behandelte Person)
Name, Vorname (Rechnungsempfänger)	Geburtsdatum (Rechnungsempfänger)
Straße, Hausnummer	PLZ
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
eMail (privat)	eMail (dienstlich)
Arbeitgeber	Beruf

Ort

Telefon (mobil)

Fax (privat)

Hausarzt / überweisender Arzt

Versicherung

Kostenträger / Versicherung	<input type="checkbox"/> PKV Vollversicherungstarif/Normaltarif (Selbstzahler) <input type="checkbox"/> gesetzlicher PKV-Basistarif (§75 SGB-V)* <input type="checkbox"/> PKV-Notlagentarif zu Standardtarifsätzen (§75 SGB-V)* <input type="checkbox"/> PKV-Standardtarif (§257 SGB V)* <input type="checkbox"/> PKV-Studententarif <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Post-B <input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> KVB IV
Versicherungsnummer / Vertragsnummer		* Nachweis erforderlich!

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.



Praxisstempel

- Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der 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/ Schleswig-Holstein • Hamburg, Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg, einverstanden.
- Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg einverstanden.
- 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/ Schleswig-Holstein • Hamburg schriftlich 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/ Schleswig-Holstein • Hamburg keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Nachname (Patient)	Vorname (Patient)	Geburtsdatum (Patient)
ggf. Name, Vorname (gesetzliche/r Vertreter)	Ort, Datum	Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)*

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