Privat	KVB I-III	KVB IV	Post B	BG	Standard-Tarif	Basis-Tarif	Student
Name des Zahlungspflichtigen				Vorname			
Ehegatte, Sohn, Tochter				geb. am			
Straße							
PLZ	Wohnort						

Praxis Kinderlunge

Dr. med. Anne Katharina Niemann

Heidelberger Straße 19

68766 Hockenheim

- Stempel des Verantwortlichen - (Praxis/Klinik)

Einwilligungserklärung (nach Kenntnisnahme der „Wichtigen Information zu Ihrer Privatabrechnung")

1. Ich bin mit der Weitergabe zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen, insbesondere der aus der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH, Geschäftsstelle Mannheim, C 8, 9, 68159 Mannheim bzw. Geschäftsstelle Karlsruhe, Rheinstraße 77a, 76185 Karlsruhe und den Druck und Versand der Rechnungen durch deren Tochtergesellschaft ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH, Rheinstraße 77a in 76185 Karlsruhe, einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS Südwest GmbH die Leistungen meines Arztes und ggf. mitbehandelnder Ärzte im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. 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 Südwest GmbH einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.

3. 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 Südwest GmbH 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 meinem Arzt und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift Patient/gesetzliche Vertreter/Vertretungsberechtigte
(Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

_____

Name, Vorname
(sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)