Privat	KVB I-III*	KVB IV*	Post B*	BG	Standard-Tarif*	Basis-Tarif*	Student*
Name des Patienten	Vorname des Patienten			Geburtsdatum			
Name der Begleitperson bei Minderjährigen/gesetzlicher Vertreter							
Straße							
PLZ	Wohnort						

*Nachweis erforderlich

- Stempel des Verantwortlichen - (Praxis/Klinik)

Vereinbarung über privatärztliche Behandlung und ein Ausfallhonorar für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine

Der Zahlungspflichtige wünscht die Inanspruchnahme der privatärztlichen Untersuchung/Behandlung.

Herr / Frau Dr. med. _____
und
Herr / Frau _____

treffen für die Behandlung des Patienten / der Patientin _____

☐ als Zahlungspflichtiger in eigenem Namen
☐ als Vertreter des zahlungspflichtigen Patienten

diese Vereinbarung über eine privatärztliche Behandlung.

Die Leistungen des Arztes werden nach den Bestimmungen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Der Zahlungspflichtige hatte die Möglichkeit Einblick in die GOÄ zu nehmen, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können. Ferner wurde der Zahlungspflichtige darauf hingewiesen, dass die Erstattung der berechneten ärztlichen Leistungen, durch eine private oder gesetzliche Krankenversicherung oder Beihilfestelle, nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.
Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Der Zahlungspflichtige wurde darauf hingewiesen, dass vereinbarte Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen sind. Reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt und zwar mit _____Euro. Es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.
Der Zahlungspflichtige ist darüber informiert, dass die Ausfallgebühr keine Leistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ist und er für diese Gebühr selbst aufkommen muss.

Von dieser Vereinbarung hat der Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

_____

Ort/Datum | Unterschrift Arzt | Unterschrift Zahlungspflichtiger/Vertreter

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, C 8, 9, 68159 Mannheim mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnungen durch die PVS SSC - Shared Service Center - GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen, 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. Ich erteile meine Einwilligung in die elektronische Datenverarbeitung zur Bereitstellung von personenbezogenen Daten im Patientenserviceportal der PVS Südwest und entbinde auch hierzu den/die Behandler von ihrer Schweigepflicht.
4. 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)

- Stempel des Verantwortlichen - (Praxis/Klinik)

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung
(Artt. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 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 uns 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 Südwest GmbH, eine berufsständische 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 beigefügte 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 Südwest GmbH, sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS Südwest GmbH hilft Ihnen gerne auch hier weiter und bietet Ihnen unter anderem umfangreiche Onlineservices rund um Ihre PVS-Rechnung an.
In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Südwest GmbH als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse C 8, 9, 68159 Mannheim oder Tel.: 0621-1640 bzw. E-Mail: rechnung@pvs-suedwest.de und www.pvs-suedwest.de sowie über das Patientenserviceportal unter www.pvs-suedwest.ihre-arztrechnung.de.

Die von der PVS Südwest GmbH 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. Es besteht das Recht zum Widerruf der Einwilligung.
Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Südwest GmbH, E-Mail: datenschutz@pvs-suedwest.de oder Fax: 0621-1645370.
Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-suedwest.de.

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.

Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Telefon 0711/615541-0, Telefax 0711/615541-15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de
(Schutzbedürftige Daten sollten nicht unverschlüsselt per E-Mail oder via Telefax übertragen werden.)
PGP-Fingerprint: E4FA 428C B315 2248 83BB F6FB 0FC3 48A6 4A32 5962
Homepage: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!