mdz Gastroenterologie Ernährungsmedizin

Vorsorge · Endoskopie · Gastroenterologie · Proktologie · Ernährungsmedizin

Magen-Darm Praxis • Prof. Dr. H. Krammer
am Deutschen End- und Dickdarmzentrum Mannheim
Bismarckplatz 1 (am Hbf.) D-68165 Mannheim

Tel.: 0621 · 401011
Fax: 0621 · 401012
info@magendarm-zentrum.de

Termine Endoskopie: 97861666
Ärzte Hotline: 0172 · 6269711
www.magendarm-zentrum.de

Einwilligungserklärung PVS

Sehr geehrte:r _____ geb. am _____

wohnhaft in _____

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. 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.

4. Soweit im Rahmen Ihrer Behandlung pathologische/zytologische Untersuchungen erforderlich werden, geben wir diese bei dem Institut für Pathologie, Dr. med. Volker Kaufmann, Dr. med. Jürgen Wilke, Industriestr. 11 c, 67063 Ludwigshafen in Auftrag.

Das Institut für Pathologie hat die Rechnungserstellung und die damit verbundenen Arbeiten ebenfalls der PVS Südwest GmbH übertragen. Die Verarbeitung erfolgt wie unter den Nummern 1 bis 3 dargestellt. Die PVS Südwest GmbH ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten. Sie steht unter ärztlicher Leitung und ihre Honorarabrechnung erfolgt nach Vorgaben des beauftragenden Arztes.
Die PVS Südwest GmbH unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie Ihre Ärzte selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

Mannheim, $Druckdatum#
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Patienten/gesetzlicher 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)