

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



PATHOLOGIE SPEYER

Prof. Dr. med Timo Gaiser
 Dr. med. Johannes Schwaab
 Dr. med. Ulrike Zacher
 Prof. Dr. med. Thomas Schubert

Fachärzte für Pathologie Gemeinschaftspraxis

Alter Postweg 1, 67346 Speyer
 Postfach 1165, 67321 Speyer
 Tel. 062 32-62 440-0
 Fax 062 32-62 440-33

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung durch die **PATHOLOGIE SPEYER**, die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet wird. Wir haben die Rechnungserstellung und die damit verbundenen Arbeiten der PVS Südwest GmbH übertragen.

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.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

 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)