

I. Privatärztlicher Behandlungsvertrag

Vor- und Nachname d. Zahlungspflichtigen	geb. am
Mitversicherte Personen (z.B. Ehegatte, Sohn, Tochter)	geb. am
Straße	PLZ, Wohnort
Telefon- und Handynummer	<input type="checkbox"/> Privat Versichert/Krankenkasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler/Gesetzlich Versichert

Ich nehme die privatärztliche Behandlung durch die praxisLinke vertreten durch Frau Dr. med. Katja Linke oder den von ihr eingesetzten Vertreter in Anspruch. Die ärztlichen Leistung(en) werden mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet. **Unabhängig** von der Erstattung der privatärztlichen Leistungen durch meine private Krankenversicherung/Beihilfestelle, bin ich verpflichtet, die Kosten für die ärztliche Behandlung selbst zu tragen.

Ort/Datum Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter/in* Unterschrift Ärztin/Stempel

II. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe zwecks Befundübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass mir Befunde (z.B. Labor- oder Facharztberichte) per Post, Email und/oder Fax zugeschickt werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen weisen wir darauf hin, dass uns Änderungen Ihrer Postadresse/Emailadresse/Faxnummer unverzüglich mitzuteilen sind.

per Post an obige Adresse per Email an: _____ per Fax an: _____

Ort/Datum Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter/in*

Ich möchte dies **nicht** in Anspruch nehmen und keine Befundberichte per Post/ Email/Fax zugeschickt bekommen.

III: Einverständniserklärung zur Datenweitergabe an mitbehandelnde Ärzte sowie PVS/ASZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der heutigen Zeit wird die ärztliche Tätigkeit sehr stark von zeitaufwendigen Verwaltungsarbeiten ausgefüllt. Um mich mehr meinen Patienten widmen zu können, habe ich die Rechnungserstellung und die damit verbundenen Arbeiten der ärztlichen Gemeinschaftseinrichtung PVS (Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH; C8, 9 in Mannheim) bzw. für den Druck und Versand der Rechnungen deren Tochtergesellschaft, der ASZ (Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH, Rheinstr. 77a in 76185 Karlsruhe) übertragen.

Bei einer Rechnungserstellung benötigt die PVS/ASZ neben Anschrift, Geburtsdatum und Kostenträger, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen. All diese Daten werden von der PVS (Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH) in Karlsruhe vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen.

Ihre behandelnden Ärzte treten ihre Honorarforderungen treuhänderisch an die Verrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die PVS im Namen der Ärzte die Rechnung erstellt und deren Honorarforderungen einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und ihre Ärzte würden gegebenenfalls als Zeugen gehört werden. Ihre Ärzte bleiben auf jeden Fall Herr des Verfahrens. Die PVS unterliegt den Weisungen der Ärzte, dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung.

Mit der Weitergabe der unten genannten Daten an die PVS Südwest GmbH zur Rechnungserstellung zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen und der ASZ zum Druck und Versand der Rechnungen, bin ich einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Dies gilt auch für mitbehandelnde Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte.

Ort/Datum Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter/in*

IV: Empfangsbestätigung dieser Vereinbarung

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Ort/Datum Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter/in*

* Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen