
 Name, Vorname

 Geburtsdatum

 Straße

 PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

 Vater Mutter Betreuer oder

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

meine Rechnungen bearbeitet die PVS Sachsen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben



bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Sachsen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderung trete ich an die PVS Sachsen ab (§ 398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leis-

tungserbringer – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist Ihre kompetente Partnerin für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistungen. Sie unterliegt meinen internen Weisungen.

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Praxisstempel

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten (oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen* oder Geschäftsunfähigen)

*Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patienten:

Der allein unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.