

- Allergologie
- Sprach- und Stimmstörungen
- Kindliche Hörstörungen
- Psychosomatik in der HNO-Heilkunde

<u>Patient/in</u>	<u>Abweichender Zahlungspfl. / Rechnungsempfänger</u>
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
geb. am _____	Geb. am _____
Straße _____	Straße _____
PLZ _____ Ort _____	PLZ _____ Ort _____
Tel. privat _____	Beruf _____
Tel. mobil _____	Arbeitgeber _____
Email _____	
Beruf _____	

Name der Krankenversicherung

Hausarzt

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja Nein

Medikamentenallergie:

HNO-Operationen:

Wichtige Vorerkrankungen:

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Arzt Empfehlung Patient Internet Gelbe Seiten Zentrale Lage

PVS-Einwilligungserklärung/ Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten zu haben, arbeiten wir zusammen mit der **Privaten Verrechnungsstelle rhein-ruhr GmbH (PVS)**, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben schaltet die PVS ihre Muttergesellschaft PVS holding GmbH ein. Diese wickelt sämtliche mit der Erstellung und Bezahlung in Verbindung stehenden buchhalterischen Vorgänge ab. Alle Mitarbeiter unterliegen wie wir den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes! Unsere Honorarforderung treten wir treuhänderisch an die PVS ab. Das bedeutet, dass die PVS im eigenen Namen die Rechnung erstellt und die Honorarforderung einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und wir als Ärztin/ Arzt ggf. Zeuge. Die PVS unterliegt jedoch bis zur endgültigen Bezahlung unseren Weisungen. Wir bleiben Herr des Verfahrens und Ihr Ansprechpartner. Ihre Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre im Einzelfall widerrufliche **Einwilligung** zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung unserer Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachten Leistungen und dazugehörigen Diagnosen an die PVS zu übermitteln.
Vielen Dank!

Datum: _____ **Unterschrift:** _____