

- 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:** _____

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

DSGVO-Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Damit wir für Sie alle aus Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis erforderlichen anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen und sonstigen Maßnahmen (Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenschreibungen etc.) erbringen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Auch im Hinblick auf die Kooperation und Korrespondenz (z.B. Arztbrief) mit Dritten, beispielsweise Ihrem Hausarzt, anderen Fachärzten, Therapeuten, Pflegediensten oder stationären Einrichtungen, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, bedarf es einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Informationen untereinander sind bei der Erbringung unserer ärztlichen und pflegerischen Leistungen notwendig und sinnvoll. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Daher dürfen wir Sie auch im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einwilligungserklärung

Ich

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Korbmacher die mich betreffenden Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde) und personenbezogene Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insbesondere Hausarzt, behandelnde Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienst, Pflegeeinrichtung) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermittelt.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Korbmacher die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Korbmacher die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____