

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Name, Vorname und Adresse des gesetzlichen Vertreters/geb. am	
Name	
Vorname	
Straße	
PLZ	Ort
Geb. am	

## Information zur Abrechnung Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PVS Reiss GmbH. Hierbei handelt es sich um Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, die erbrachte Leistung gem. den Gebührenordnungen sowie die dazugehörigen Diagnosen, Befunde, Rechnungsbeträge, Laborrechnungen und Formulare.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PVS Reiss GmbH.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (apoBank, Sparkasse Hegau-Bodensee). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meinem Behandelnden und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen.
- Einholung einer Information bei einer Auskunft vor Abtretung der jeweiligen Forderung zur Bonitätsprüfung, sofern die Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten Euro 500,- übersteigt. Hierzu werden Name, Adresse und Geburtsdatum verwendet. Ich kann jederzeit die betreffende Auskunft bei meinem Behandelnden und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PVS Reiss GmbH die Leistungen meines Behandelnden mir gegenüber ausschließlich auf dessen Weisung im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Einwände gegen die Rechnung sind gegenüber der PVS Reiss GmbH zu erheben. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein Behandelnder in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden. Ich entbinde hiermit meinen Behandelnden von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten der PVS Reiss GmbH zur Rechnungsstellung und zur Geltendmachung - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Die PVS Reiss GmbH verpflichtet sich und evtl. Dienstleister zur Verschwiegenheit sowie zur Einhaltung des Datenschutzes. Diese Einwilligung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft über Ihren Behandelnden oder die PVS Reiss GmbH schriftlich widerrufen werden.

Praxisstempel

# pvs>>reiss

**PVS Reiss GmbH**  
Strandbadstr. 8; 78315 Radolfzell am Bodensee  
Tel. 07732-94 05 0  
Fax 07732-94 05 299  
kontakt@pvs-reiss.de www.pvs-reiss.de

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter