|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Privat |  KVB I-III | KVBIV | PostB | BG |  Standard- Tarif |  Basis-Tarif | Student |
|  |
| Name des Zahlungspflichtigen Vorname |
| Ehegatte, Sohn, Tochter geb. am |
| Straße |
| PLZ Wohnort |



- Stempel des Verantwortlichen - (Praxis/Klinik)

Praxis
Dr. med. E. Hasch
Carl-Benz-Str. 6
67590 Monsheim
Tel.: 0 62 43 2 37 00 50

**Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen/Wunschleistungen**

Ich wünsche ausdrücklich die private Behandlung von außervertraglichen Leistungen. Es ist mir bekannt, dass meine Krankenversicherung eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist auch bekannt, dass die vereinbarten Leistungen von meiner gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden.

Vereinbart werden folgende Leistungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

Leistung Ziffer x Faktor Betrag

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Gesamtkosten betragen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Der Zahlungspflichtige wurde darauf hingewiesen, dass vereinbarte Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen sind. Reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden mit 50 Euro in Rechnung gestellt. Es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Der Zahlungspflichtige ist darüber informiert, dass die Ausfallgebühr keine Leistung der privaten Krankenversicherung ist und er für diese Gebühr selbst aufkommen muss. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Kosten für die private Behandlung von mir selbst zu tragen sind.

Von dieser Vereinbarung wurde mir auf eigenen Wunsch ein Exemplar ausgehändigt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift Arzt Unterschrift Zahlungspflichtiger/Vertreter

**Einwilligungserklärung** (nach Kenntnisnahme der „Wichtigen Information zu Ihrer Privatabrechnung“)

1. Ich bin mit der Weitergabe zum Zweck der Abrechnung der im Rahmen individueller Gesundheitsleistungen/ Wunschleistungen erbrachten ärztlichen Leistungen, insbesondere der aus der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH, C 8, 9, 68159 Mannheim, mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnungen durch die PVS SSC - Shared Service Center – GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS Südwest GmbH die Leistungen meines Arztes und ggf. mitbehandelnder Ärzte im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS Südwest GmbH einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die
PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS Südwest GmbH widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen meinem Arzt und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzliche Vertreter/Vertretungsberechtigte

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt

Name, Vorname (sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)