

Bestätigung Behandlungsvertrag

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wurde darauf hingewiesen, dass mit mir am _____ ein Behandlungstermin vereinbart wurde.

Mir ist bekannt, dass dieser Termin für mich freigehalten wird und für den Fall einer Verhinderung, ich diesen spätestens 48 Stunden vorher absagen muss, damit die Möglichkeit besteht diesen neu zu vergeben.

Sollte ich nicht rechtzeitig absagen (telefonisch, via Mail oder in Fax-Form), wird mir ein Ausfallhonorar von 100€ für eine endoskopische Untersuchung (für Magenspiegelung und / oder für Darmspiegelung jeweils) in Rechnung gestellt.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Bei mehrfacher Versäumnis behalten wir uns vor die Behandlung abubrechen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honoraranforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand per Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger, und unterliegen somit der beruflichen Verschwiegenheit sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind. Die Honoraranforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnungen im eigenen Namen, zieht die Honoraranforderungen ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe Honoraranforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung Honoraranforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungsstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenverordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann insoweit verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitgehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von den ärztlichen Schweigepflicht.

Bonn, Datum _____

Unterschrift _____