



Internistische Gemeinschaftspraxis  
Stockelsdorf / Bad Schwartau

## Anmeldebogen für Privatpatient:innen

### Patient:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ausweisnr.

Telefon (privat & mobil)

Tarif  Kostenträger

Tarif

Arbeitgeber/Beruf (optional)

Hausarzt /überw. Arzt

### Rechnungsempfänger:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

### Einverständniserklärung

gemäß §4a Bundesdatenschutzgesetz  
(Weitergabe personenbezogener Daten)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS/ Schleswig Holstein • Hamburg zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.  
Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg, Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg, einverstanden.
2. 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/ Schleswig-Holstein • Hamburg einverstanden.
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/ Schleswig-Holstein • Hamburg schriftlich 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 Arzt/Praxis und der PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Zudem bitten wir um Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an ggf. mitbehandelnden Ärzt:innen und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor etc.) hinzugezogenen Institutionen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift