Dr. med. Barbara Lindemann
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Phoniatrie und Pädaudiologie

Anmeldung für Privatpatienten

_____

Name Vorname geb.am

Zahlungspflichtiger/ Rechnungsempfänger

_____

Name Vorname geb. am

_____

Straße PLZ Wohnort

_____

Krankenversicherung/Kostenträger Tarif

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Abrechnung der Kosten der ärztlichen Behandlung in der Praxis von Dr. med. Barbara Lindemann nach 2,3fachen oder 3,5fachen gesteigertem Satz erfolgt. Die Abrechnung von Kosten technischer Leistungen oder Laborleistungen erfolgt nach 1,8fachen oder 2,5fachem gesteigertem Satz. Die Abrechnung nach anderen Sätzen ist möglich, muss aber vor der Behandlung mit Frau Dr. med. Barbara Lindemann vereinbart werden.

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Meine Rechnung bearbeitet die PVS Sachsen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben bleiben mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Sachsen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiterinnen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß §203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderungen trete ich an die PVS Sachsen ab (§398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zu Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbringer – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist Ihr kompetenter Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistung. Sie unterliegt meinen Weisungen. Sie können auch einzelne Behandlung von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste ich (als Leistungserbringer/Arzt) selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

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 der ärztlichen Schweigepflicht.

_____

Datum, Unterschrift