

Einwilligungserklärung Schweigepflichtentbindungserklärung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben die Abrechnung unserer Leistungen der PVS pria GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim, übertragen. 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 der Post.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Bei freiwillig oder gesetzlich versicherten Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse rechnet die PVS in unserem Auftrag die erbrachten Leistungen direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen ab oder wird die erstellte Abrechnung in den gesetzlich bestimmten Fällen an die Kassenärztlichen Vereinigung weiterleiten.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Übermittlung der zur Abrechnung unserer Leistungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die oben genannten PVS-Unternehmen zwecks Abrechnung unserer Leistungen zu erteilen. Wir bleiben Ihnen als Ansprechpartner und als Verantwortlicher im Sinne des Datenschutzes erhalten.

Unsere Leistungen sind natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiterverarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Ihren Widerruf erklären Sie bitte schriftlich uns gegenüber. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Dann müssten wir selbst die Abrechnung vornehmen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung zu vorgenannten Zwecken und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.

ORT, DATUM



UNTERSCHRIFT