

Patient

Name Vorname geb. am

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

Name Vorname geb. am

Beruf dienstl. Telefonnummer

Straße private Telefonnummer

PLZ Wohnort

Arbeitgeber

Krankenversicherung / Kostenträger

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich zusammen mit der



Diese ist eine Tochter mehrerer berufsständischer Gemeinschaftseinrichtungen, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet wurden und durch diese geleitet werden. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt oder Zahnarzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Meine Honorarforderungen trete ich treuhänderisch an die PVS dental GmbH ab. Das bedeutet, dass die PVS dental GmbH in meinem Auftrag die Rechnungen erstellt und meine Honorarforderungen einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS dental GmbH Prozesspartei und ich als Arzt/Zahnarzt würde gegebenenfalls als Zeuge gehört werden.

Ich bleibe aber auf jeden Fall Herr des Verfahrens. Die PVS dental GmbH unterliegt meinen Weisungen. Dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderungen.

Ich bitte Sie, mir durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – **Einverständnis** zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS dental GmbH zu übermitteln.

Mit freundlichem Gruß

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift