

Private Krankenversicherung (freiwillige Angabe)

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

Geburtsdatum



Praxisstempel/  
Stempel des  
Verantwortlichen

## 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, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an die PVS HAG GmbH (kurz: PVS HAG) und die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG (kurz: PVS BW) sowie mit der Abtretung der Forderung an die PVS-Finanzservice GmbH (kurz: PVS F) zum Zweck der Vorfinanzierung und des Einzuges – alle Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart –, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS HAG die Leistungen meines Arztes durch die PVS BW in Rechnung stellen und für die PVS F einziehen wird. 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 einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung wird die PVS BW Prozesspartei und mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt, der PVS HAG, der PVS BW oder der PVS F schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt, der PVS HAG der PVS BW und der PVS F mehr statt.

**Bitte beachten Sie die Informationen auf der Rückseite.**

Name, Vorname

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Vertretungsberechtigte\*

(\*Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

# Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die **PVS HAG GmbH** (kurz: PVS HAG), eine 100%ige Tochter der Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG (kurz: PVS BW), beide **Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart**, zu beauftragen. Die Vorfinanzierung der Forderung soll für die Dauer des Forderungseinzuges über die PVS Finanzservice GmbH (kurz: PVS F), Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart, eine 100%ige Tochtergesellschaft der PVS BW erfolgen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten sind die PVS HAG, die PVS BW und die PVS F. Alle unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS HAG als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter **Tel.: 0711 / 71 91 58-0 bzw. E-Mail: kontakt@pvs-hag.de**.

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist **freiwillig**. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von PVS HAG, PVS BW und PVS F verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Konzerndatenschutzbeauftragten der PVS BW Unternehmensgruppe (**datenschutz@pvs-bw.de**).

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der »Information gemäß Art. 13 DSGVO«, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter [www.pvs-hag.de](http://www.pvs-hag.de).

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart  
E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**