

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Name, Vorname und Adresse des gesetzlichen Vertreters/geb. am	
Name	
Vorname	
Straße	
PLZ	Ort
Geb. am	

Information zur Abrechnung Einwilligungserklärung

Praxisstempel

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei, an die PVS-MEFA Reiss GmbH (pvs-mefa).
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Honorarforderungen an die pvs-mefa.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (Sparkassen Singen-Radolfzell, Engen-Gottmadingen, Schwarzwald Baar, apoBank, sowie an die Unicredit Konstanz). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meiner/m Arzt/Ärztin und/oder der pvs-mefa erfragen.
- Einholung einer Information bei einer Auskunft vor Abtretung der jeweiligen Arztforderung zur Bonitätsprüfung, sofern die Honorarforderung Euro 500,- übersteigt. Hierzu werden lediglich Name, Adresse und Geburtsdatum verwendet. Ich kann jederzeit die betreffende Auskunft bei meiner/m Arzt/Ärztin und/oder der pvs-mefa erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die pvs-mefa die Leistungen meines/r Arztes/Ärztin mir gegenüber ausschließlich auf Weisung des/der behandelnden Arztes/Ärztin im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein/e Arzt/Ärztin in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge/in gehört werden.

Ich entbinde hiermit meine/n Arzt/Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Die pvs-mefa verpflichtet sich zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und wird auch eventuelle Dritte, die Dienstleistungen für die pvs-mefa erbringen, zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verpflichten. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Erklärung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Praxisstempel

pvs mefa >>> reiss

PVS-MEFA Reiss GmbH
Erzbergerstr. 25
D-78224 Singen
Tel. 07731-99 01 0
Fax 07731-99 01 99
kontakt@pvs-mefa.de

Niederlassung Köln
Mildred-Scheel-Str. 2-4
D-50996 Köln
Tel. 0221-36 79 33 0
Fax 0221-36 79 33 11
www.pvs-mefa.de

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter