

Privat	KVB I-III	KVB IV	Post B	BG	Standard- Tarif	Basis- Tarif	Student
Name des Zahlungspflichtigen							
Name des Zahlungspflichtigen				Vorname			
Ehegatte, Sohn, Tochter				geb. am			
Straße							
PLZ				Wohnort			

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der heutigen Zeit wird die ärztliche Tätigkeit sehr stark von zeitaufwendigen Verwaltungsarbeiten ausgefüllt. Um mich mehr meinen beruflichen Aufgaben widmen zu können, habe ich die komplizierte Rechnungserstellung und die damit verbundenen Arbeiten der ärztlichen Gemeinschaftseinrichtung

**PVS Privatärztliche VerrechnungsStelle Südwest GmbH**

Geschäftsstelle Mannheim      Geschäftsstelle Karlsruhe  
C 8, 9 in 68159 Mannheim      Rheinstraße 77a in 76185 Karlsruhe

bzw. für den Druck und Versand der Rechnungen deren Tochtergesellschaft, der

**ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH**

Rheinstraße 77a in 76185 Karlsruhe

übertragen.

Bei einer Rechnungserstellung benötigt die PVS / ASZ neben Anschrift, Geburtsdatum und Kostenträger, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) und die dazugehörigen Diagnosen. Alle abrechnungsrelevanten Unterlagen werden von der PVS Privatärztlichen VerrechnungsStelle Südwest GmbH bzw. der ASZ in Karlsruhe vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen.

Ihre behandelnden Ärzte treten ihre Honorarforderungen treuhänderisch an die Verrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die PVS im Namen der Ärzte die Rechnung erstellt und deren Honorarforderungen einzieht. Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Prozesspartei und ihre Ärzte würden gegebenenfalls als Zeugen gehört werden. Ihre Ärzte bleiben auf jeden Fall Herr des Verfahrens. Die PVS unterliegt den Weisungen der Ärzte, dies gilt insbesondere zur Höhe der Honorarforderung.

Mit der Weitergabe der oben genannten Daten an die PVS Südwest GmbH zur Rechnungserstellung zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen und der ASZ zum Druck und Versand der Rechnungen, bin ich einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Dies gilt auch für mitbehandelnde Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte(r)