

## Persönliche Erklärung des Patienten / der Patientin

Name	Vorname
Straße Hausnummer	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Versicherung / Versicherungsnummer

Es ist mir bekannt, dass meine Krankenkasse / Beihilfestelle / Private Krankenversicherung, bei der ich versichert bin, eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist ferner bekannt, dass meine Krankenkasse / Beihilfestelle / Private Krankenversicherung die nachfolgend vereinbarten Leistungen nicht erstattet. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Kosten für die private Behandlung von mir selbst zu tragen sind.

Dennoch erkläre ich, dass die private Behandlung von außervertraglichen Leistungen mein ausdrücklicher Wunsch ist, den ich in freier Entscheidung getroffen habe und mit meiner Unterschrift bestätige.

Ausgeführt wird folgende Leistung:

Ziffern	Betrag / Faktor		Preis
Die Gesamtkosten belaufen sich auf			

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/ Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in / Vertretungsberechtigte

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass mir ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in / Vertretungsberechtigte

Stand Juli 2018

## Einwilligungserklärung

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) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an die PVS Westfalen-Nord GmbH, Münster (PVS) einverstanden.

Ich stimme zu, dass die PVS die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung 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 ist die PVS Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS mehr statt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in / Vertretungsberechtigte

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
(sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)



Arztstempel (Verantwortlicher)