

PVS/ Mitgliedsnummer/n: Durch PVS/ auszufüllen

Praxisanschrift/ -informationen

Titel: _____ Post an diese Adresse senden

(Vor)Name: _____

Nachname/Praxisname: _____

Fach(arzt)bezeichnung: _____

Fach(arzt)bezeichnung: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Praxisform: _____ Anzahl Ärzte in Praxis: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Email: _____ Homepage: _____

KV-Betriebsstättennr.: _____ USt-ID: _____

Privat-/Postanschrift

Art der Anschrift: Privatanschrift abweichende Praxisanschrift Post an diese Adresse senden

Titel: _____ (Vor)Name: _____

Nachname/Praxisname: _____

Fach(arzt)bezeichnung: _____

Fach(arzt)bezeichnung: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Kontoverbindung (Sämtliche Zahlungsangelegenheiten sind über nachstehend aufgeführte Bankverbindung abzuwickeln!)

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Guthabenauszahlung: 1x/Monat (zum 25. d. M.) 2x/Monat (zum 15. & 25. d. M.)

Honorarvorauszahlung: keine gewünscht bei Bedarf¹ bis auf Widerruf¹

¹ separate Vertragsunterlagen notwendig

PVS/ Mitgliedsnummer/n: Durch PVS/ auszufüllen

Honoraranweisung

Gebührenrechtliche Ausschlüsse

Die Beachtung nicht nebeneinander berechenbarer Leistungen gemäß Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) erfolgt durch die PVS Ja

Multiplikatoren

Individuelle Steigerungssätze teilen Sie uns bitte je Fall/Position ggf. inkl. Begründung mit. Tragen Sie nachfolgend bitte die im Regelfall zu verwendenden Steigerungssätze ein. ↗

Ärztliche/zahnärztliche Leistungen	GOÄ/GOZ Regelsatz 1,0 – 2,3	<input type="checkbox"/> 2,3 fach	oder	<input type="checkbox"/> ____ fach
Med.-techn. Leistungen (A,E,O)	GOÄ Regelsatz 1,0 – 1,8	<input type="checkbox"/> 1,8 fach	oder	<input type="checkbox"/> ____ fach
Laborleistungen (M)	GOÄ Regelsatz 1,0 – 1,15	<input type="checkbox"/> 1,15 fach	oder	<input type="checkbox"/> ____ fach
Die Voraussetzungen für die Abrechnung von MIII/MIV Laborleistungen sind erfüllt?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Post-B Tarif wird akzeptiert?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Studenten-Tarif wird akzeptiert?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Schweigepflicht

Mir/Uns ist bekannt, dass Daten aus dem Arzt-/Patientenverhältnis (personenbezogene Informationen) nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Zustimmung an die PVS weitergegeben werden dürfen. Ich/Wir versicher(n), der PVS nur solche Honorarforderungen zur Bearbeitung und Honorareinzahlung einzureichen, hinsichtlich derer die erforderliche schriftliche Zustimmung des betroffenen Patienten vorliegt.

Ja

Mahnverfahren

Für den Fall der erfolglosen Erinnerung (1. Mahnstufe) und Mahnung (2. Mahnstufe) bevollmächtigte(n) Ja Nein
ich/wir die PVS Schleswig-Holstein · Hamburg, in meinem / unserem Namen die Rechtsanwaltskanzlei Bartholl & Rehbehn, Kronsbürger Str. 2, 24145 Kiel, damit zu beauftragen, die Forderungen außergerichtlich durchzusetzen (3. Mahnstufe).

1. Mahnstufe:	<input type="checkbox"/> PVS/ Standard – 56 Tage nach Rechnungsversand	<input type="checkbox"/> individuell: _____ Tage
2. Mahnstufe:	<input type="checkbox"/> PVS/ Standard – 21 Tage nach 1. Mahnung	<input type="checkbox"/> individuell: _____ Tage
3. Mahnstufe:	<input type="checkbox"/> PVS/ Standard – 21 Tage nach 2. Mahnung	<input type="checkbox"/> individuell: _____ Tage

Abrechnung & EDV

Datenübermittlung: PAD dialog PAD transfer PAD Datenträger Papier/Abrechnungsblätter

Praxissoftware: n.v. LiquidDoc andere: _____

digitale Dokumente: Ich möchte die nachfolgenden Dokumente ausschließlich als PDF über PAD dialog erhalten
(nur für PAD dialog Nutzer) Ich möchte die nachfolgenden Dokumente als PDF über PAD dialog und zusätzlich in Papierform erhalten
 Ich möchte trotz PAD dialog Nutzung die nachfolgenden Dokumente ausschließlich in Papierform erhalten

- Liste angemahnte Rechnungen (i.d.R. für 3. Mahnung),
- Gebühren-Häufigkeitsstatistik (i.d.R. quartalsweise),
- Umsatz-Information (i.d.R. zum Jahreswechsel),
- Konto-Abstimmung (i.d.R. halbjährlich),
- individuelle Fall-Anfragen (tagesaktuell)

Servicevereinbarung

PVS/ Mitgliedsnummer/n:

Durch PVS/ auszufüllen

Diese Servicevereinbarung wird mit nachfolgender/nachfolgenden Unterschrift/en rechtsverbindlich geschlossen.

Sofern für ihre Organisationseinheit zur Rechtswirksamkeit im Außenverhältnis mehr als eine gültige Unterschrift benötigt wird, bitten wir um Unterschrift aller hierfür notwendigen Zeichnungsberechtigten. Bei einer Praxisform wie Gemeinschaftspraxis bedeutet diese z.B., dass jeder Praxisinhaber mit unterschreiben muss.

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift

_____	_____	_____
Name	Geburtsdatum	Datum/ Unterschrift