

PVS/ Mitgliedsnummer/n: Durch PVS/ auszufüllen

Praxisanschrift/ -informationen

 Post an diese Adresse sendenPraxisstempel/
Praxisanschrift/
Rechnungskopf:

Praxisform: _____

Anzahl Ärzte in Praxis: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

KV-Betriebsstättennr.: _____

USt-ID/-Nr.: _____

Abweichende Postanschrift (Bitte nur bei Bedarf ausfüllen.)

Empfänger: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

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

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____

Guthabenauszahlung: 1x/Monat (zum Monatsende) 3x/Monat (zum 10., 20. und zum Monatsende)Honorarvorauszahlung: keine gewünscht auf Anforderung¹ automatisch (bis auf Widerruf)¹¹ separate Vertragsunterlagen notwendig

Datenübermittlung

Praxissoftware: n.v. LiquidDoc Medistar Medisoft Turbomed andere: _____Datenübermittlung: PVSconnect Hierfür ist ein ausgefüllter Antrag (separates Dokument) erforderlich. Papier/Abrechnungsblätter

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
Med.-techn. Leistungen (A, E, O)	GOÄ Regelsatz 1,0 – 1,8	<input type="checkbox"/> 1,8 fach
Laborleistungen (M)	GOÄ Regelsatz 1,0 – 1,15	<input type="checkbox"/> 1,15 fach
Die Voraussetzungen für die Abrechnung von MIII/MIV Laborleistungen sind erfüllt?		<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

Bitte senden Sie mir:

- 100 200 300 Exemplare „Einwilligungserklärung Privatpatient“
 100 200 300 Exemplare „Einwilligungserklärung mit Anmeldebogen“

Weiteres Informationsmaterial sowie diverse Formulare können Sie jederzeit unter: <https://www.pvs-se.de/unser-service/formular-materialbestellung> bestellen.

Mahnverfahren

Für den Fall der erfolglosen Erinnerung (1. Mahnstufe) und Mahnung (2. Mahnstufe) bevollmächtige(n) ich/wir die PVS Schleswig-Holstein · Hamburg, in meinem / unserem Namen die Rechtsanwaltskanzlei Bartholl, Kronsburger Str. 2, 24145 Kiel, damit zu beauftragen, die Forderungen außergerichtlich geltend zu machen (3. Mahnstufe).

Ja Nein

Hierfür ist ein ausgefüllter Bestätigungsvermerk (separates Dokument) erforderlich.

Zahlungsziel (31 Tage nach Rechnungserstellung)

1. Mahnstufe (56 Tage nach Rechnungsversand)

2. Mahnstufe (21 Tage nach 1. Mahnung)

3. Mahnstufe (21 Tage nach 2. Mahnung)

Abweichungen vom PVS-Standard können nach Kontoeröffnung individuell mit unserem Mitgliederservice abgestimmt werden.

Dokumentensteuerung

	Ich möchte das nachfolgende Dokument digital über PVS connect erhalten	Ich möchte das nachfolgende Dokument in Papierform erhalten
individuelle Fallanfragen (tagesaktuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontoauszüge (monatlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statistiken (Häufigkeit und Umsatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechnungsausgangliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztanfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Servicevereinbarung

PVS/ Mitgliedsnummer/n:

Durch PVS/ auszufüllen

Diese Servicevereinbarung wird mit nachfolgender/nachfolgenden Unterschrift/en rechtsverbindlich geschlossen. Gleichzeitig erkenne ich die hierfür geltende „PVS-Satzung“ sowie die „Geschäftsbedingungen“ und die „Ergänzungen zu den vertraglichen Vereinbarungen des Geschäftsbesorgungsverhältnisses mit der PVS an das Datenschutzrecht mit Wirkung ab dem 25.05.2018“ an. Je ein Exemplar in den gegenwärtig geltenden Fassungen habe ich erhalten.

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