

Praxisstempel

# Anmeldebogen für Privatpatienten

## Patientendaten:

Name, Vorname (Behandelte Person)

Geburtsdatum

Name, Vorname (Rechnungsempfänger)

Geburtsdatum (Rechnungsempfänger)

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

## Kontaktdaten:

Telefon

## Versicherung:

Kostenträger/Versicherung

Versicherungsnummer/  
Vertragsnummer

Dienstlich

### Versicherungstarif

- PKV Vollversicherungstarif/Normaltarif (Selbstzahler)  
 gesetzlicher PKV-Basistarif (§75 SGB-V; **Nachweis erforderlich**)  
 PKV-Notlagentarif zu Basistarifsätzen (§75 SGB-V; **Nachweis erforderlich**)  
 PKV-Standardtarif (§257 SGB V; **Nachweis erforderlich**)  
 PKV-Studententarif

- Post-B  
 KVB I-III     KVB IV

Sonstige: \_\_\_\_\_

Mobil

E-Mail

## Optional:

Arbeitgeber

Beruf

Hausarzt/Überweiser

Praxisstempel


**Die PVS**<sup>®</sup>  
 Schleswig-Holstein · Hamburg  
 Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, meine/unsere Rechnungen bearbeitet die PVS/Schleswig-Holstein · Hamburg rKV. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der Ärzte. Die Mitarbeiter der PVS unterliegen – wie der Arzt/Zahnarzt selbst – gemäß §203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzgesetzes.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift/en Ihr – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an die PVS zum Einzug abgetreten werden. Zusätzlich bitten wir um Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezial-Untersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

Hiermit erteile/n ich/wir mein/unser Einverständnis:

Name, Vorname (Behandelte Person)

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw.  
Gesetzliche/r Vertreter