

Persönliche Erklärung des Patienten/der Patientin:

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	Nr.
_____	_____
PLZ/Ort	Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich die private Behandlung von außervertraglichen Leistungen wünsche. 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 auch 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.

Ausgeführt wird folgende Leistung: _____

Ich vereinbare hierfür nach der GOÄ die Ziffern:

Leistung	Ziffer x Faktor	Betrag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	Die Gesamtkosten belaufen sich auf:	_____

....., den 20

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Patient/in

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

Unterschrift Patient/in



Arztstempel (verantwortlich)

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, 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 WN 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 WN 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 PSV WN mehr statt.

Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigten

(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)