

Einverständniserklärung

Patientenangaben

Krankenkasse:

Name:

Geburtsdatum:

Wohnhaft in:

Telefonnummer

Gesetzlicher Vertreter

Name:

Wohnhaft in:

☐ Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

1. Weitergabe aller der im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehenden Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Behandlungsverläufe zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH, Gymnasiumstraße 18-20, 63654 Büdingen (**pvsb**üdingen), an meine PKV über die PADLine GmbH (Informationen auf der Rückseite), Stadtkoppel 45-49, 21337 Lüneburg sowie an die DATEV eG, 90329 Nürnberg, zwecks Ausdruck und Versand der Rechnungen.

2. Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die **pvsb**üdingen.

☐ Ich entbinde meinen Arzt / meine Ärztin von seiner / ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Durchschrift dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

☐ Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Ärztliche Verrechnungsstelle die Leistungen meines Arztes/meiner Ärztin mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellt und für eigene Rechnung einziehen wird.

☐ Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von dieser Einverständniserklärung abhängig ist und ich diese jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungsfälle davon ausnehmen kann.



Radiologie und
Nuklearmedizin
im Zentrum Vital



Dr. med. Eric Schlaudraff
Dr. med. Uwe Rößler
Dr. med. Nurettin Durdu
Dr. med. Charlotte Reichel
Dr. med. Nicolai Schramm
Robert Reith (ang. Arzt)

Magnetresonanztomographie
Computertomographie
Nuklearmedizin
Mammographie
Digitales Röntgen
Ultraschall

Sprechstunden:
Mo. – Do. 8:00 – 18:00 Uhr
Fr. 8:00 – 17:00 Uhr
Termine nach Vereinbarung

Zentrum Vital
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Telefon: 0661-902 950
Telefax: 0661-902 9524

praxis@radiologie-fulda.de
www.radiologie-fulda.de

Bankverbindung
Sparkasse Fulda
IBAN:
DE71 5305 0180 0000 0482 06
BIC: HELADEF1FDS

Ort, Datum und Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

ggf. weiterer gesetzlicher Vertreter



Patienteninformationen



Radiologie und
Nuklearmedizin
im Zentrum Vital

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als behandelnder Arzt möchte ich mich und meine Zeit ganz Ihnen und Ihrer Gesundheit widmen.

Daher beauftrage ich mit der Erstellung der Honorarabrechnung und den damit verbundenen Tätigkeiten:

Büdingen Med-Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH
Gymnasiumstraße 18 - 20
63654 Büdingen

Telefon: 06042 882-332
Telefax: 06042 882-460
www.pvs-büdingen.de
info@pvs-buedingen.de

Ich bitte daher um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der umseitigen Erklärung.

Vielen Dank.

Ihre Ärztin / Ihr Arzt

- Die Ärztliche VerrechnungsStelle Büdingen GmbH (**pvsbüdingen**) ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte. Sie steht unter ärztlicher Gesamtleitung und unterliegt den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.
- **pvsbüdingen** gewährleistet die korrekte Abrechnung des Honorars und erteilt Ihnen gerne alle von Ihnen gewünschten Auskünfte im Zusammenhang mit der Rechnung.
- Über die **PADLine** erfolgt eine verschlüsselte Bereitstellung Ihrer Rechnungsdaten. Diese können von Ihrer Versicherung nur mit Hilfe der **von Ihnen eingereichten Rechnung** zum Zwecke der elektronischen Weiterverarbeitung abgerufen werden.