

## Einverständniserklärung

gemäß §4a Bundesdatenschutzgesetz  
(Weitergabe personenbezogener Daten)

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

meine/unsere Rechnungen bearbeitet die PVS/Schleswig-Holstein · Hamburg.

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.



**PVS/Schleswig-Holstein-Hamburg**  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

**Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift 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 Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.**

**Hiermit erteile ich mein Einverständnis:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (des Patienten)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel