



Dr. med. Lars Albers

PRAXIS FÜR KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Osteopathie · Kinderosteopathie  
angewandte Kinesiologie  
Ernährungsberatung · Sportwissenschaft  
Naturheilverfahren

## Einverständnis Abrechnung über die PVS Bremen

Die Rechnungsstellung erfolgt über die ärztlich geleitete Verrechnungsstelle PVS, Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_.

zur Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits im Jahr 1939 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/ Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS und deren Mitarbeiter unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der Schweigepflicht gem. § 203 StGB und des Datenschutzes. Der Rechnungsdruck und Versand erfolgt durch das Druck- und Versandzentrum der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.G., Remscheider Str. 16, 45466 Mülheim / Ruhr.

1. 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, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V. (kurz: PVS / Bremen) und deren Druck- und Versandzentrum, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS / Bremen die Leistungen meines Arztes in Rechnung stellen und einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungs begründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei zum Zweck der Geltendmachung und Durchsetzung der Forderung einverstanden. Insoweit entbinde ich den Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. 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 / Bremen 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 PVS / Bremen mehr statt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift