

## Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff. DSGVO i. V. m. §§ 32 ff. BDSG - neu)

.....

**Sehr geehrter Patient<sup>1</sup>,**

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg/Lahn GmbH, Auf der Heide 6, 65553 Limburg (kurz: PVS Limburg),



eine im Jahr 1924 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten und sie bei der Geltendmachung der Rechnung zu unterstützen. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS Limburg. Die PVS Limburg unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Limburg als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der angegebenen Anschrift oder unter Tel.: 06431 9121-5000 bzw. E-Mail: [info@pvs-limburg.de](mailto:info@pvs-limburg.de).

Wir möchten Sie daher bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist **freiwillig**. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig!

Die von der PVS Limburg verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Limburg ([datenschutz@pvs-limburg.de](mailto:datenschutz@pvs-limburg.de)). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS Limburg finden Sie in der PVS-Transparenzerklärung, die jederzeit im Internet abrufbar ist unter [www.pvs-limburg.de/Transparenz](http://www.pvs-limburg.de/Transparenz).

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der für die PVS Limburg zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz  
und Informationsfreiheit  
Postfach 3163, 65021 Wiesbaden  
E-Mail: [Poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:Poststelle@datenschutz.hessen.de)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

## Name, Vorname und Anschrift des Patienten

.....  
geboren am

**Pflichtfeld** – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

## ggf. gesetzlicher Vertreter\*

.....  
Vorname

.....  
Name

.....  
Geb.

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

### Stellung zum Patienten:

Vater

Mutter

Betreuer

Oder .....

# Einwilligungserklärung

---

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der ärztlich erbrachten Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg/Lahn GmbH, Auf der Heide 6, 65553 Limburg (kurz: PVS Limburg), einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS Limburg 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 Limburg Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. 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 Limburg 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 der Praxis und der PVS Limburg mehr statt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigten\*\*

\* Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

\*\* Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

<sup>1</sup> **Gender-Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörter gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

**PVS Limburg/Lahn GmbH**  
Auf der Heide 6  
65553 Limburg

Bestellung bitte per E-Mail an:  
**bestellungen@pvs-limburg.de**

.....

Senden Sie mir/uns:



Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe

..... Block/Blöcke à 100 Stück



Mitgliedsnummer



Arztstempel (Verantwortlicher)<sup>1</sup>

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

<sup>1</sup> **Gender-Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörter gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.