

Private Krankenversicherung (freiwillige Angabe)

Name, Vorname und Anschrift des Patienten

Geburtsdatum



Stempel des  
Verantwortlichen

## Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der wahlärztlich erbrachten Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG (kurz: PVS BW) sowie der zusätzlichen Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS HAG GmbH (kurz: PVS HAG), beide Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart, einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS HAG die Leistungen meines Wahlarztes und der über die Wahlarztkette an der Behandlung beteiligten Ärzte im eigenen Namen durch die PVS BW 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 Rechnungsgründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS HAG Prozesspartei; mein Wahlarzt und die über die Wahlarztkette an der Behandlung beteiligten Ärzte bzw. die Krankenhausverwaltung können als Zeugen gehört werden. Insoweit entbinde ich den Wahlarzt sowie die über die Wahlarztkette an der Behandlung beteiligten Ärzte bzw. die Krankenhausverwaltung hiermit zugleich auch von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Ärzten bzw. der Krankenhausverwaltung 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 uns und der PVS HAG sowie der PSV BW mehr statt.

Name, Vorname

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Vertretungsberechtigte\*

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

# Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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. 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 **PVS HAG GmbH** (kurz: PVS HAG), eine 100%ige Tochter der Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg eG, beide **Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart** (kurz: PVS BW), zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

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!

Empfänger der Daten ist die PVS HAG selbst sowie unterstützend zur Rechnungserstellung und zum Forderungseinzug zusätzlich die PVS BW. Die PVS HAG und die PVS BW unterliegen als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS HAG als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter **Tel.: 0711 / 71 91 58-0 bzw. E-Mail: kontakt@pvs-hag.de**.

Die von der PVS HAG und PVS BW 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 Konzerndatenschutzbeauftragten der PVS BW Unternehmensgruppe (**datenschutz@pvs-bw.de**).

Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der »Information gemäß Art. 13 DSGVO«, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter [www.pvs-hag.de](http://www.pvs-hag.de).

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 zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Königstrasse 10 a, 70173 Stuttgart  
E-Mail: [poststelle@fdi.bwl.de](mailto:poststelle@fdi.bwl.de)

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**