

## **Einverständniserklärung**

gemäß §4a Bundesdatenschutzgesetz  
(Weitergabe personenbezogener Daten)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Rechnungen des Hausarztzentrums Hirschaid werden von einer privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) bearbeitet.

Die Mitarbeiter der PVS unterliegen - ebenso wie die Mitarbeiter einer Arztpraxis - gemäß §203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

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.

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

---

(Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)