

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Name, Vorname und Adresse des gesetzlichen Vertreters/geb. am	
Name	
Vorname	
Straße	
PLZ	Ort
Geb. am	

## Information zur Abrechnung Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei, an die PVS-MEFA Reiss GmbH (pvs-mefa).
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Honorarforderungen an die pvs-mefa.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (Sparkassen Hegau-Bodensee, Engen-Gottmadingen, Schwarzwald Baar, apoBank, WGZ Bank sowie an die Südwestbank). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meiner/m Arzt/Ärztin und/oder der pvs-mefa erfragen.
- Einholung einer Information bei einer Auskunftfei vor Abtretung der jeweiligen Arztforderung zur Bonitätsprüfung, sofern die Honorarforderung Euro 500,- übersteigt. Hierzu werden lediglich Name, Adresse und Geburtsdatum verwendet. Ich kann jederzeit die betreffende Auskunft bei meiner/m Arzt/Ärztin und/oder der pvs-mefa erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die pvs-mefa die Leistungen meines/r Arztes/Ärztin mir gegenüber ausschließlich auf Weisung des/der behandelnden Arztes/Ärztin im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein/e Arzt/Ärztin in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge/in gehört werden.

Ich entbinde hiermit meine/n Arzt/Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Die pvs-mefa verpflichtet sich zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und wird auch eventuelle Dritte, die Dienstleistungen für die pvs-mefa erbringen, zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verpflichten. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Erklärung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Praxisstempel

**pvs mefa >>> reiss**

PVS-MEFA Reiss GmbH  
Erzbergerstr. 25  
D-78224 Singen  
Tel. 07731-99 01 0  
Fax 07731-99 01 99  
kontakt@pvs-mefa.de

Niederlassung Köln  
Mildred-Scheel-Str. 2-4  
D-50996 Köln  
Tel. 0221-36 79 33 0  
Fax 0221-36 79 33 11  
[www.pvs-mefa.de](http://www.pvs-mefa.de)

Ort, Datum

+

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

+

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

Der Verwaltungsaufwand in einer modernen Praxis stellt heute eine enorme Herausforderung dar. Arbeitszeit von Mitarbeitern und Ärzten wird hier zunehmend durch kaufmännische Verwaltungsaufgaben gebunden – dies ist Zeit, die bei der Behandlung und Beratung der Patienten verloren geht.

Aus diesem Grund hat sich Ihr/e Arzt /Ärztin für die Zusammenarbeit mit der PVS-MEFA Reiss GmbH als seine Verrechnungsstelle entschieden. Wir erledigen für Ihre/n Ärztin/Arzt alles rund ums Thema Rechnungen und deren Abwicklung.

Für Sie als Patient bedeutet dies:

- Ihr/e Arzt/Ärztin und sein/ihr Team haben mehr Zeit für Ihre Behandlung und Beratung.
- Keine Mehrkosten für Sie.

Sie gewinnen aber nicht nur in den oben erwähnten Punkten, sondern haben auch weitere spürbare Vorteile durch diese Zusammenarbeit:

- Unterstützung bei Erstattungsproblemen mit Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern.
- Auf Wunsch können Sie Ihre Rechnung auch in Raten begleichen.

Erteilen Sie Ihrem/er Arzt/Ärztin Ihre Einwilligung und profitieren Sie von dieser Kooperation.

Mit freundlichen Grüßen  
PVS-MEFA Reiss GmbH