



Zustimmungserklärung zur externen Abrechnung

Ich,

Name, Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

krankenversichert bei

Versichertennummer

erkläre mich damit einverstanden, dass im Bedarfsfall der/die mit der molekularpathologischen Untersuchung beauftragte Pathologe/Pathologin - Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Essen, Univ. Prof. Dr. K.W. Schmid, Hufelandstr. 55, 45147 Essen – die zwingend zum Zweck der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an eine externe Abrechnungsstelle, hier die

*PVS rhein-ruhr
Ein Unternehmen der PVS Holding
Remscheider Str. 16
45481 Mülheim*

weitergibt.

Insoweit entbinde ich den behandelnden Pathologen ausdrücklich von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nicht für diagnostische Ergebnisse.

Einwilligung nach Datenschutzgesetz

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von dem Pathologen und der PVS zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Meine Einwilligung umfasst ausdrücklich auch die hierzu erforderliche Verwendung von Gesundheitsdaten.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilten Schweigepflichtentbindungserklärungen sowie die Einwilligung in die Verwendung personenbezogener Daten nicht abgeben muss bzw. jederzeit – auch teilweise – ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Hierdurch entstehen mir keine Nachteile, insbesondere nicht im Hinblick auf meine medizinische Behandlung.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Versicherten