

Besondere Versorgung nach § 140a SGB V gemäß Teilnahmeerklärung

Name des Patienten

Krankenkasse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten, wird die Abrechnung unserer Leistungen in unserem Auftrag von der **PVS pria GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**, erstellt. Wir werden Ihre dazu erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsdaten, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach dem Selektivvertrag und dazugehörige Diagnosen) dorthin weiterleiten (§ 295a SGB V, § 80 SGB X). Die PVS wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen und sie an den entsprechenden gesetzlichen Kostenträger weiterleiten. Alle Mitarbeiter der PVS unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis. Dabei bleiben wir im Sinne des Datenschutzes der Ihnen gegenüber Verantwortliche.

Die Leistungen der besonderen Versorgung werden unabhängig von Ihrer Einwilligung erbracht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Ihre Einwilligung können Sie uns gegenüber schriftlich widerrufen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Dann müssten wir selbst die Abrechnung vornehmen.

Hiermit erteile ich diese Einwilligung und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte/Therapeuten und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift (Patientin/Patient)