

Vereinbarung und Erklärung zur privatärztlichen Untersuchung und Behandlung

zwischen den **Sorgeberechtigten bzw. dem Rechnungsempfänger (Name, Anschrift):**

.....

für das **Kind:.....geb. am:.....und dem o.g. Facharzt**

- () Diese Vereinbarung wird zu einer **privatärztlichen Behandlung**, z.B. als Selbstzahler, privat Versicherter oder im Rahmen einer Kostenerstattung geschlossen.
- () Diese Vereinbarung wird zu einer privatärztlichen Behandlung für **gesetzlich Versicherte** geschlossen, weil keine gültige Krankenversicherungskarte vorgelegt werden konnte. Diese Vereinbarung findet Anwendung, wenn die Krankenversicherungskarte nicht bis zum letzten Tag des Quartales oder innerhalb von 14 Tagen (je nachdem, was früher eintritt) nachgereicht wird. Nach Ende des laufenden Quartales ist die Abrechnung nicht mehr mit der gesetzlichen Krankenkasse, sondern nur noch privat möglich. (bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Durch die **sozialpsychiatrische Leistungsstruktur** meiner Praxis, die auf Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen beruht, wird das erhöhte Leistungsspektrum und die Qualität der Praxis erst möglich, sie ist jedoch mit zusätzlichen Kosten verbunden. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich auch damit **einverstanden**, dass ein Teil der Leistungen, z.B. fortlaufende Therapien oder Testdiagnostik, nach Absprache an meine qualifizierten sozialpsychiatrischen Mitarbeiter/-innen delegiert werden. Therapien meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden als Gruppen- oder Einzeltherapiesitzung zum üblichen 2,3fachen Satz (Ziffer 886 bzw. 887) in Rechnung gestellt. Die meist mehrstündigen psychologische Testungen werden ebenfalls zum 2,3fachen, in Ausnahmefällen zum 2,5fachen Satz und zusätzlich wegen des hohen Zeitaufwandes mit einer Gesprächsleistung nach Ziffer 886 berechnet. Hierin ist jeweils meine ständige Fachaufsicht durch fortlaufende Supervisionen, Team- und Fallbesprechungen enthalten. Lediglich einmal pro Jahr wird die „Koordination flankierender Maßnahmen“ nach Ziffer 15 zusätzlich in Rechnung gestellt.

Einige unverbindliche Beispiele für voraussichtliche Gebühren (Änderungen vorbehalten):

Leistung	Ziffer GOÄ	EUR bei 2,3fachem Satz
Therapiegespräch, ggf. auch im Rahmen der psychologischen Testung*	886	93,84
Psychischer Befund, einmal im Quartal zusätzlich	885	67,03
Biographische Anamnese, im Erstgespräch zusätzlich	807	53,72
Gruppentherapie*	887	26,81
Intelligenztest* (siehe Erläuterung oben)	856	39,56
Koordination der Therapien z.B. durch Fallbesprechungen, 1x /Jahr	15	40,22

**mögliche delegierbare Leistungen sozialpsychiatrischer Mitarbeiterinnen*

Die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. 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. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz. Zusätzlich unterliegt die Praxis, wie alle Arztpraxen, den geltenden Datenschutzbestimmungen und Dokumentationsverpflichtungen; auf die entsprechenden Merkblätter und Aushänge wird ausdrücklich verwiesen.

Mit diesen Regelungen bin ich/sind wir einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigten und des Rechnungsempfängers