

Dr. med. Walter Petzoldt
Arzt für Orthopädie

Behandlungsvertrag:

Name: Vorname:

Geb. am:

Wohnort:

Straße:

Telefonnummer privat: geschäftl.:

Krankenkasse:

Hiermit wünsche ich für mich bzw. für
die Untersuchung / Behandlung und Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)
durch Herrn Dr. Petzoldt.

Mit der Liquidation nach GOÄ gemäß der §§ 1 - 12 bin ich einverstanden
(ausgenommen §2 der GOÄ).

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze §12 GOÄ)
berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht
oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Leistungen die durch Dritte erbracht werden, werden durch diese unmittelbar berechnet.

Einverständniserklärung

gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz
(Weitergabe personenbezogener Daten)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

meine/unsere Rechnungen bearbeitet die PVS/Schleswig-Holstein • Hamburg rkv. Durch diese
erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten.
Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten
gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und arbeitet ausschließlich nach den
Weisungen der Ärzte. Die Mitarbeiter der PVS unterliegen - wie der Arzt/Zahnarzt selbst - gemäß
§203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzgesetzes.

**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 PSV weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an die PSV
zum Einzug abgetreten werden.**

**Zusätzlich bitten wir um Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen
personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden Ärzte und die für
die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.)
hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.**

Hiermit erteile ich mein Einverständnis:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient od. gesetzlicher Vertreter