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 Singen-Radolfzell, Engen-Gottmadingen, Schwarzwald Baar, apoBank, sowie an die Unicredit Konstanz). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut 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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Fachpraxis für Kieferorthopädie
Dr. M. Köning / Dr. H.-J. Köning
Möllendorffstr. 104-105
10367 Berlin
Tel. 030-5589677
Fax. 030-55492592

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

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