



**Anmeldung**  
**Patientendaten und Einverständniserklärung**

Name		Vorname		Geb.Datum	
Arbeitgeber			Beruf		
Wohnort			Straße		
Tel.privat		Tel.berufl		FAX	
Email			HandyNr		
Krankenversicherung			Beihilfeberechtigt A		
Versicherungsträger (Elternteil/Ehegatte/in)			Geb.-Datum		
evtl. Private Zusatzversicherung					
Hausarzt					
Medikamente			1.)		
2.)			3.)		
4.)			5.)		
6.)			7.)		
Bekannte Allergien		nein A		ja A	
Welche:					

Ich bin damit einverstanden **telefonisch, per SMS oder Email** an Termine für die Sondersprechstunden und Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen und medizinischen Daten hierfür innerhalb der Praxis bearbeitet werden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**Einverständniserklärung Privatärztliche Verrechnungsstelle**

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der:

1. Weitergabe aller der im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Behandlungsverlauf zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH, Gymnasium Str. 18-20, 63654 Büdingen (**pvs**Büdingen), an meine PKV über die PADLine GmbH (Informationen auf Rückseite), Stadtkoppel 45-49, 21337 Lüneburg, sowie an die Datev eG, 90329 Nürnberg, zwecks Ausdruck und Versand der Rechnungen.
2. Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die **pvs**Büdingen.

Ich entbinde meinen Arzt/ meine Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Ich wurde darüber aufgeklärt dass die PVS Büdingen die Leistungen meines Arztes/meiner Ärztin mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellt und für eigene Rechnung einziehen wird.

Datum	Unterschrift
-------	--------------