



Patienten-Einwilligung

Zusatzkosten bei Darmspiegelung (Koloskopie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Darmspiegelung (Koloskopie) geplant. Zur Entfaltung des Darmes und zum sicheren Arbeiten bei einer Polypen-Abtragung wird in unserer Praxis standardmäßig Kohlendioxid (CO₂) statt Raumluft verwendet.

Das entspricht dem medizinischen Entwicklungsstand und hat gegenüber der Verwendung von Raumluft den Vorteil, dass es die Sicherheit der Untersuchung erhöht und unangenehme Überblähungen des Darmes beim Patienten verhindert.

Eine Untersuchung mit Raumluft ist weiterhin möglich, wird aber von uns nicht empfohlen.

Bisher haben wir Ihnen diese Leistung (zusätzlicher apparativ-technischer und personeller Aufwand) kostenfrei zur Verfügung gestellt. Diese wird nach Kürzung der Vergütung Koloskopie durch Ihre Krankenkasse jetzt kostenpflichtig.

Mir ist bekannt, dass diese Zusatzleistung nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehört und deshalb die Kosten von ihr auch nicht teilweise übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist mit den unten angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Die Rechnungsstellung für diese Zusatzkosten (individuelle Gesundheitsleistung) in Höhe von 20,00€ erfolgt durch die privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS).

Eine Barzahlung ist aus steuerrechtlichen Gründen nicht möglich.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

Vater Mutter Betreuer

oder _____

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

meine Rechnungen bearbeitet die PVS Sachsen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben



bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Sachsen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderung trete ich an die PVS Sachsen ab (§ 398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbrin-

ger – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist Ihr kompetenter Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistungen. Sie unterliegt meinen internen Weisungen.

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Praxis für Gastroenterologie

Dr. med. Christian Haferland

Dipl.-Med. Gerald Urban

Dr. med. Stefan Albers (angestellter Arzt)

Fachärzte für Innere Medizin, Gastroenterologie

Carolusstraße 214, 02827 Görlitz

Tel.: 03581 7680-1360 · Fax: 03581 7680-1369

BSNR: 951958100

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen* oder Geschäftsunfähigen)

*Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patienten:

Der allein unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.