

---

 Name, Vorname

---

 Geburtsdatum

---

 Straße

---

 PLZ, Ort

Stellung zum/-r Teilnehmer/-in

 Vater     Mutter     Betreuer

 oder \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

**Sehr geehrte Teilnehmerin,  
sehr geehrter Teilnehmer,**

unsere Rechnungen bearbeitet die PVS Mosel-Saar. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben bleibt

mehr Ruhe und Zeit für die Teilnehmer. Die PVS Mosel-Saar 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 Angehöriger eines anderen Heilberufes, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen zu erklären. Die PVS ist Ihre kompetente Partnerin für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung unserer



erbrachten Leistungen. Sie unterliegt unseren internen Weisungen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Medizinisches Versorgungszentrum  
Diakonie Klinikum Neunkirchen  
gemeinnützige GmbH

Dr. med. Uwe Hübschen  
Facharzt für Pathologie  
Brunnenstraße 20 · 66538 Neunkirchen  
Tel. 06821/18-2851 · Fax 06821/18-2853  
dkn-pathologie@kreuznacherdiakonie.de

---

 Stempel

---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift Teilnehmer/-in (oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen\* oder Geschäftsunfähigen)

**\*Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Teilnehmern**

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