



**Dr. med. J. St. Trumpfheller**  
HNO-Arzt  
Stimm- und Sprachstörungen  
Umweltmedizin  
Audiologe und Neurootologe (BV HNO)  
Qualitätssiegel Allergologie (BV HNO)

**Dr. med. A. Keller**  
HNO-Arzt  
Allergologie  
Naturheilverfahren  
Homöopathie  
Audiologe und Neurootologe (BV HNO)

**Dr. med. H. A. Kellner**  
HNO-Ärztin  
Plastische Operationen

## Einwilligungserklärung für Privatversicherte über die Inanspruchnahme und Abrechnung privatärztlicher Behandlungen

Ich,

1. bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der ärztlich erbrachten Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg-Lahn GmbH, Auf der Heide 2, 65553 Limburg (kurz: PVS Limburg), einverstanden.
2. Ich stimme zu, dass die PVS Limburg die Leistungen meines Arztes im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Limburg Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden. Insoweit entbinde ich den Arzt hiermit zugleich auch von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Praxis und der PVS Limburg mehr statt.
4. Ich habe die obigen Informationen zur Privatabrechnung gelesen und verstanden.

Erbach, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Vertretungsberechtigten\*\*

\* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

\*\* Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

**Albert-Schweitzer-Straße 8**  
**64711 Erbach**  
Tel.: 06062 3910  
Fax: 06062 5244  
[praxis@hno-erbach.de](mailto:praxis@hno-erbach.de)  
[www.hno-erbach.de](http://www.hno-erbach.de)

**Sprechzeiten**  
Mo – Fr:  
8:00 – 12:00 Uhr  
Mo, Di, Do, Fr:  
14.00 – 17.30 Uhr  
Sa vormittags  
nach Vereinbarung

**Spezialsprechstunde für**  
Allergologie  
Innenohr- und Schwindeldiagnostik  
Schnarchen oder nächtliche  
Atmungsstörungen  
Stimm- und Sprachstörungen  
Umweltmedizin