

Dr.med. Agathe Traut
Fachärztin f. Kinder -u. Jugendmedizin
Neuropädiatrie- Psychotherapie

.....

Honorarausfall Vereinbarung für

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigter:

Datum:

Sie wünschen **Diagnostiktermine** für Ihr Kind:

- EEG
- EKG
- Psychologische Diagnostik
- Psychotherapie

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie und Ihr Kind freigehalten.

Sollten Sie aus einem Grund **nicht erscheinen** können, **sagen Sie verbindlich ab**,
mindestens 24 Stunden vorher (mindestens 1 Werktag)

Unabgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Es entsteht eine Ausfallgebühr von 50 -60 Euro .

Die Praxis tritt ihre Honorarforderung treuhänderisch an die PVS/ Mosel-Saar GmbH ab. Das bedeutet, dass **die PVS im Namen der behandelnden Ärzte/ Therapeuten/ Psychologen die Rechnungen erstellen und die Honorarforderungen einziehen**. Im Falle eines Rechtsstreits zur gerichtlichen Durchsetzung der Honorarforderung ist die PVS GmbH Prozesspartei und die behandelnden Ärzte würden gegebenenfalls als Zeugen gehört werden.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung,
die Ansprüche der Praxis auf **Honorarausfall** gegen mich zum Zwecke der Rechnungsstellung und Einziehung der Forderung **an die PVS GmbH abzutreten**.

Ferner **stimme** ich der **Mitteilung** der zur Erstellung einer Honorarabrechnung **erforderlichen personen- und behandlungsbezogenen Angaben** (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Leistungen nach GOÄ und die dazugehörigen Diagnosen), zum Druck und Versand der Rechnungen an die PVS GmbH ausdrücklich **zu**. Ihre Daten werden von der PVS GmbH vertraulich behandelt.

Ich handle auch im Auftrag des nicht anwesenden Elternteils.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Unterschrift Elternteil /Erziehungsberechtigter

Datum, Ort

Tel: 06502 9966066, Fax: 06502 9966067, Mobil:01605416002

Email hallo-doc@die-kinderaerzte-schweich.de,

Brückenstraße 2A 54338 Schweich