

ANMELDUNG UND SELBSTAUSKUNFT

Sehr geehrte/r Patient/in,
Bitte füllen Sie dieses Formular vor Ihrer ersten Behandlung aus. Herzlichen Dank!

Ihr Praxisteam!

Ihre Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Krankenkasse: ☐ gesetzlich bei _____ ☐ private KK ☐ Beihilfe

Zuzahlungsbefreiung: ☐ nein ☐ ja -> falls ja, bitte Kopie vom Befreiungsausweis mitbringen!

Interesse an Gesundheitssport? ja ☐ nein ☐

Ihre aktuellen Beschwerden / Infos zu Ihrer Gesundheitssituation

Ihr Hauptproblem: _____

Diagnose: _____

Bestehend seit: _____

Zusatz-/Nebenerkrankungen: _____

Ich nehme folgende Medikamente: _____

Hinweise zur Therapie

Handtuch:

Bitte bringen Sie zu Ihren Behandlungen zwei Handtücher (1 großes, 1 kleines) mit. Ansonsten können Sie von uns gerne ein Handtuch gegen einen Unkostenbeitrag von 1 € pro Behandlung beziehen.

Zuzahlung für Leistungen gesetzl. Kassen:

Für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen ist ab dem 18. Lebensjahr eine Zuzahlung für jede Verordnung zu leisten. Den genauen Betrag teilen wir Ihnen spätestens bei Ihrem ersten Termin mit. Eventuelle Befreiungen von der Zuzahlung berücksichtigen wir natürlich gerne, sobald Sie uns Ihren gültigen Befreiungsausweis vorgelegt haben. Den jeweils fälligen Betrag können Sie spätestens beim zweiten Termin in bar bei uns bezahlen.

Terminabsage:

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Bei einer Absage mit kürzerer Frist, gleich aus welchem Grund (Krankheit, Stau, Arbeit etc.), werden wir Ihnen den Ausfalltermin gemäß der Regelung im §615 BGB zu 100% in Rechnung stellen, da uns fixe Kosten für die Gehälter der Mitarbeiter, Miete, Energie etc. auch für den ausgefallenen Termin entstehen.

Es ist nicht möglich ausgefallene Termine mit den Krankenkassen abzurechnen; dies wird von den Krankenkassen als Betrug bewertet.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Physio Complete GbR** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesem Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma, sowie die Fitness Complete GmbH weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis: **Physio Complete GbR**
Straße: **Ringstraße 96**
PLZ, Ort: **91126, Rednitzhembach**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Patienteninformation zum Datschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

Ich habe eine Aufklärung über die Behandlung, auch über eventuelle Nebenwirkungen erhalten und möchte diese Behandlung durchführen lassen. Von den o.a. Bedingungen habe ich Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Rednitzhembach, den _____

Unterschrift _____