



PRAXIS FÜR KLEIN BIS GROSS

Alter Sandberg 7 31535 Neustadt

Tel: 015120796229

E-Mail: praxis-fuer-klein-bis-gross@web.de

www.praxis-fuer-klein-bis-gross.de

Unser Praxisteam heißt Sie willkommen!

Anmeldung und Einwilligungserklärung.

Alle Informationen unterliegen dem Datenschutz (siehe Rückseite) und der Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
Telefon privat/geschäftlich: _____ Beruf: _____
Telefon mobil: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ bitte einkreisen: gesetzlich privat Beihilfe
Wie möchten Sie zahlen: Bar Ec/Kreditkarte
waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung Ja nein Hausarzt: _____
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

- Sie haben die Möglichkeit einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen. Montagstermine müssen bereits am Freitag zuvor storniert werden. Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir den Terminausfall pro Behandlungseinheit privat in Rechnung. (Diese Regelung ist auch im Falle „höherer Gewalt“ gültig) (§§ 615, 304 BGB)
- Bitte bringen Sie zur Behandlung ein frisches Badehandtuch (80 x 140 cm oder größer) mit.
- Um Ihre Problematik bestmöglich und gezielt zu behandeln werden wir bei Ihrem ersten Termin einen ausführlichen Befund erheben. Bringen Sie dazu bitte vorangegangene OP sowie Therapieberichte mit.
- Für alle Krankenversicherte, privat Zusatzversicherte und Selbstzahler ist unser Honorar bindend. Die Behandlungen werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker abgerechnet. Je nach Behandlung bewegen sich die Gebühren zwischen 65.- € und 85.- € pro ¼ bzw. ganzer Stunde. Privatversicherungen und private Zusatzversicherungen übernehmen diese Kosten ganz oder teilweise. Die Höhe der Kostenübernahme richtet sich nach Ihrem gewählten Tarif und ist eine Vertragsleistung zwischen Ihnen und Ihrer Krankenkasse.

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis:

_____ Datum

_____ Unterschrift*:

(der Patient*in oder der gesetzl. Vertreter*in)



Lieber Patient/innen,

wir freuen uns Sie auf Ihrem gesundheitlichen Weg unterstützen zu dürfen. Als therapeutische Praxis hat Datenschutz für uns einen hohen Stellenwert. Ihre personenbezogenen Daten, sowie die Untersuchungsdaten, die Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Kontaktaufnahme, der Diagnostik, der (physiotherapeutisch/osteopathisch/naturheilkundlich) Behandlung, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h).

Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten Ihrer Person werden unter Beachtung des DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Einwilligung

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch die Verantwortliche erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die oben genannten Daten allen in der Praxis angestellten Personen, die mit der Durchführung oder Abrechnung der therapeutischen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben werden, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei einem nicht Nachkommen der Zahlungsaufforderung die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden.
- Ich bin darüber informiert, dass die Praxis-Information zum Datenschutz auf der Praxiswebsite: www.praxis-fuer-klein-bis-gross.de, im Bereich Datenschutz nachzulesen ist.

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:
Annika Wilmar, Osteopathin BAO / Heilpraktikerin, Alter Sandberg 7, 31535 Neustadt

Ort, Datum

Unterschrift
(der Patient*in oder der gesetzl. Vertreter*in)