

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
--------------------	-----------------------

Versicherung

Ich bin von der gesetzlichen Zuzahlung

nicht befreit befreit seit: _____ (bitte Befreiungsausweis vorlegen)

Zur Erleichterung der Kommunikation bitten wir Sie, ergänzend folgende Kontaktdaten einzutragen – freiwillig und soweit vorhanden:

Tel. privat	Tel. mobil	Tel. dienstlich
-------------	------------	-----------------

E-mail

Das Gesundheitswesen sieht nur eine Grundversorgung zur Behandlung Ihrer Beschwerden vor. Dürfen wir Ihnen bei medizinischer Notwendigkeit optionale Heilmittel zum Selbstkostenpreis anbieten? ja nein

Information und Einverständnis zu unserer Datenschutzordnung

Der Schutz Ihrer Daten und Ihrer Privatsphäre ist uns wichtig. Deshalb informieren wir Sie im Rahmen unserer *Datenschutzordnung für Patient*inn*en und Kund*inn*en* über Art, Zweck, Dauer der Verarbeitung und eventuelle Weitergabe Ihrer personengebundenen Daten. Diese *Datenschutzordnung* erhalten Sie bei Ihrer Anmeldung an der Rezeption. Zudem liegt diese im Wartebereich der Praxis aus und kann jederzeit auf unserer Website (<https://physiotherapie-bleibach.de>) eingesehen werden.

Um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem abgestimmte Behandlung zukommen lassen zu können, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Diese Informationen erheben wir gemeinsam mit Ihnen im Gespräch, durch Fragebögen, physiotherapeutische Tests und aus den medizinischen Unterlagen, die Sie uns zur Verfügung stellen.

Diese Daten müssen als Teil der Behandlungsdokumentation so lange archiviert werden, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht von zehn Jahren (vgl. §630f BGB).

Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen, Fotokopien anfertigen und unrichtige Angaben berichtigen oder löschen lassen. Zudem haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten bzw. deren Verarbeitung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zu widersprechen.

Aus organisatorischen Gründen (z.B. bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, Therapeut*inn*enwechsel, durch die gemeinsame Nutzung der Therapieorganisationssoftware THEORG in der Praxis) haben alle in den Praxisräumen tätigen Physiotherapeut*inn*en die Möglichkeit, diese Daten einzusehen.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden. Zudem ergreifen wir die gesetzlich erforderlichen Maßnahmen, um Ihre personenbezogenen Daten zu schützen.

Die Datenschutzordnung für Patient*inn*en und Kund*inn*en wurde mir zur Verfügung gestellt. ja nein

Ich bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden. ja nein

Einwilligung zur Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum

Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Kranken- und Unfallkassen und unsere Patient*inn*en sind bei unterschiedlichen Kassen versichert. Für eine effiziente Gestaltung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen an die Kostenträger für Ihre in Anspruch genommenen, gesetzlich verordneten Therapieleistungen der gesetzlichen Kranken- und Unfallkassen durch unseren externen Dienstleister *Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH* (Marienstraße 10, 70178 Stuttgart) bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie daher, uns die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdaten und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Ich erteile der Praxis Ralf Eberhardt – Physiotherapie Bleibach für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe. ja nein

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Regelung zur Terminabsage

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens **einen Werktag vorher bis spätestens 17 Uhr absagen** muss.

Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit **18 Euro Ausfallbetrag** privat in Rechnung gestellt werden. Entschuldbare Versäumnisse sind Unfall, Krankheit und unvorhergesehene Arbeitsanweisungen des Arbeitgebers. Jedoch ist auch hier eine Absage **unmittelbar** bei bekannt werden und **vor** dem Termin notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift