

Aufnahmebogen

Guten Tag _____
wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen.

Sind Ihre Daten (noch) richtig? (ggf. korrigieren / ergänzen)

Geb. am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail : _____

Versicherung: _____

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

- Sie haben die Möglichkeit, einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen. Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir diesen Termin pro Behandlungseinheit privat in Rechnung.

- Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte ist spätestens zur **3. Behandlung** fällig. Die Höhe der Zuzahlung ist abhängig von dem verordneten Heilmittel. Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben. Sollte die Anzahl der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, erhalten Sie den zuviel bezahlten Betrag zurück.

- Bitte kommen Sie pünktlich zu Ihren Terminen.
Wir möchten, im Interesse unserer Patienten, Wartezeiten möglichst vermeiden. Wir sind deshalb darauf angewiesen, dass jede Behandlung pünktlich beginnen kann. Verloren gegangene Zeit durch Zuspätkommen wird von der Behandlungszeit abgezogen.

Ich wurde darüber informiert, dass durch Praxis für Physiotherapie Katrin Elbers & Leonie Homes GbR

meine Daten bzw. die meines Kindes _____
geb.: _____

im Rahmen des Behandlungsvertrages 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 (§ 630 BGB), zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an weitere direkt an der Behandlung beteiligten Einrichtungen

(z.Bsp. Kliniken) oder Personen aus dem medizinisch /therapeutischen Bereich, Krankenkasse

und/oder die Abrechnungsfirma (Musterabrechnungszentrum) 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.

1 Dieser Verarbeitung stimme ich zu und bestätige, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung und im Rahmen der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern darf mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.

- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen

- über Diagnosen, Risiken, Nebenwirkungen und Kosten der anstehenden Therapie im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Adresse der obigen Praxis.

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 dann ihrerseits angehalten sind, meine Daten zu löschen.

2 Schweigepflichtsentbindung: Zusätzlich benenne ich folgenden Person(en) oder Einrichtungen,

die an meiner Stelle oder in Vertretung für mich sensible Informationen (z.B. Patientendaten,

Diagnosen etc.) kommunizieren dürfen und Terminverlegungen/-absagen vornehmen dürfen:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____

- „[Patienteninformation zum Datenschutz](#)“ habe ich gelesen und verstanden.
- Ich stimme der unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per E-Mail zu
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung für therapeutisch / medizinische Zwecke Ton oder Videoaufnahmen erstellt und eingesetzt werden.
- Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb mit darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen mit den Therapeuten in diesem Bereich preisgebe.
- Ich möchte eine Kopie meiner Einwilligungserklärung erhalten.
- Ich verzichte auf eine Kopie meiner Einwilligungserklärung.

3 Erklärung über die Entbindung der Verschwiegenheitspflicht

Hiermit entbinde ich,
die o. g. Praxis, die mich untersucht, behandelt oder beraten hat, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund herausgegeben, besprochen und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Auf gute und erfolgreiche Zusammenarbeit!

Ihr Praxisteam.

Ort, Datum, Unterschrift