

Anmeldung und Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung Ihrer Patient*innen verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung **am Ende des Bogens**.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ Wohnort: _____ Tel.: _____

Email: _____ Hausarzt: _____ Beruf: _____

Versicherung/ Krankenkasse: Gesetzlich Beihilfe Privat

Waren Sie schon mal bei uns in
Behandlung?

Wie sind Sie auf uns 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.** 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).
- Ja**, ich bin einverstanden und erkläre Ausdrücklich die Regelung verstanden zu haben und akzeptiere diese in vollen Umfang. **Nein**, ich bin mit der oben genannten Regelung nicht einverstanden. (In diesen Fall können wir Sie leider nicht behandeln)
- **Eigenverantwortlich können Sie bei uns die von ihrer Krankenkasse gezahlte Behandlung auf privater Kostenbasis verlängern.** Bitte geben Sie uns hierzu bei Terminvereinbarung Bescheid.
 - **Bitte bringen Sie zur Behandlung ein frisches Badehandtuch (min. 80 x 140 cm oder größer) mit.** Falls Sie Ihr eigenes Handtuch vergessen haben, können Sie gerne eines von uns nutzen, indem Sie eine kleine Spende von 2 Euro in die Kaffeekasse geben. Das Handtuch steht Ihnen während der gesamten Dauer Ihrer Behandlung bei uns zur Verfügung.
 - **Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte ist bei der ersten, spätestens bei der zweiten Behandlung in bar oder per EC-Karte zu zahlen.**
 - **Für privat Krankenversicherte ist das durch den Honorarvertrag vereinbarte Honorar bindend.** Die Gebühren werden in der Regel auf Basis eines 1,5- bis 2,0-fachen des Regelsatzes berechnet, wie in der GebüTh (Gebührenübersicht für Therapeuten) angegeben. **Bei Heilmittelleistungen kann die Erstattung Ihrer Versicherung davon abweichen. Es ist ratsam, im Voraus mögliche Unterschiede zu prüfen.**

Der Rechnungsbetrag ist unabhängig durch die Erstattung Dritter (z.B. Krankenkasse) sofort fällig und mit der Rechnungsstellung unmittelbar zu begleichen.

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis

Karlsruhe, den: _____

Unterschrift: _____
Patient*in oder ges. Vertreter*in

**** Bitte wenden ****

Liebe Patienten: 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 (physiotherapeutischen/ osteopathischen/ naturheilkundlichen) 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 DSGVO).

Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck 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 Person 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.pt-ka.de nachzulesen ist.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Patient*in oder ges. Vertreter*in

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 Person grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Physiotherapie am Marktplatz
Kaiserstr. 84 | 76133 Karlsruhe