

Patienten- Anmeldung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (tagsüber zu erreichen): _____

Email: _____

Krankenkasse: _____ (gesetzliche KV, privat) Zuzahlungsbefreit: _____

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zu ihren Behandlungsterminen:

- 1- Bei jedem physiotherapeutischen kassenärztlichen Rezept ist seit 2004 eine Zuzahlung fällig. Diese setzt sich aus der Rezeptgebühr von 10 Euro plus anteilig 10% der Gesamtsumme des Heilmittelwertes zusammen. Diese Gebühr ist am Ersttermin bar oder per EC-Kartenzahlung zu entrichten.
- 2- Bitte bringen Sie zu Ihren Behandlungsterminen ein eigenes (Bade-) Handtuch mit. Bequeme Sportkleidung und saubere Turnschuhe sind empfehlenswert.
- 3- Bitte sagen Sie Ihre Behandlungstermine rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen müssen wir Ihnen die vollen **Behandlungskosten privat in Rechnung** stellen.

Einverständnis / Einwilligung Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Physioteam Dieterich in Birkmannsweiler meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Erfüllung des Behandlungsvertrags
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen und/ oder Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsstelle weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen
- zur therapeutischer Dokumentation

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- Daten werden unter Beachtung des DSGVO und BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten auf freiwilliger Basis erfolgt
- bei Verweigerung der Datennutzung der Behandlungsvertrag nicht zustande kommen kann und nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden kann
- Berechtigung besteht, jederzeit Auskunft über die gespeicherte Daten zu bekommen
- Berechtigung besteht, jederzeit Löschung, Sperrung einzelner Daten zu verlangen
- Berechtigung besteht, Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen

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.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen und bin einverstanden.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig ausstelle.

Ich habe davon in Kenntnis genommen, dass ich sie jederzeit ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei o.g. Praxis zu erfolgen.

2 – Einwilligung in unsichere Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (Terminaten, Kontaktdaten, Befunde) durch die Praxis über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung einverstanden bin: email, sms für Terminerinnerung

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Die oben aufgeführten Punkte habe ich gelesen habe und bin damit einverstanden bin. _____