

Anmeldebogen gesetzliche KV



Name

Geburtsdatum

Anschrift

Kontakt

Privat

Mobil

Krankenkasse

Zuzahlungsbefreit

ja

nein

Versicherungsstatus

Mitglied

Angehöriger

Rentner

Freiwillige Angaben:

Waren Sie schon einmal in Physiotherapeutischer Behandlung?

Ja

Nein

Wann und weswegen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

(optional)

1. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass **unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24h vorher) mir privat in Rechnung gestellt werden können** (Annahmeverzug gemäß §615 BGB).
2. Eine gültige ärztliche Verordnung muss der Praxis **vor** Behandlungsbeginn vorliegen.
3. Zu jeder Verordnung ist vom Versicherten eine durch die gesetzliche Krankenversicherung festgelegte **Zuzahlung bis zum zweiten Behandlungstermin** zu leisten. Bei vorzeitigem Abbruch der Behandlung wird die Zuzahlung für nicht wahrgenommene Behandlungstermine erstattet.
4. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind. Sollte im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

Datum, Unterschrift: _____

Anmeldebogen gesetzliche KV



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis für Physiotherapie im Kloostergut Besselich meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- Zur Pflege der Kontaktdaten
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, 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 Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt.

- Zur Pflege der Kontaktdaten
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen oder dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation

Ich wurde darauf hingewiesen, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung 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 kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann
- Ich bin jederzeit dazu berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis für Physiotherapie im Kloostergut Besselich

Kloostergut Besselich

56182 Urbar

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits meine Daten löschen.

Die vorstehenden Hinweise, insbesondere zu der Patientenaufklärung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Eine Kopie dieser Vereinbarung erhalte ich auf Wunsch.

Datum, Unterschrift: _____