

Praxis für Physiotherapie & Heilpraktikerin

Angela Kaiser

Deubener Straße 11, 01159 Dresden

Tel. 0351 - 4120476 // E-Mail: physiotherapie.kaiser@arcor.de

ERFASSUNGSBOGEN VOR DEM ERSTGESPRÄCH ZUR OSTEOPATHIEBEHANDLUNG UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM BEHANDLUNGSVERTRAG

Patientenangaben:

Vorname, Name: _____

Geb.-Datum.: ____ / ____ / _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. Nr.: _____ mobil : _____

Krankenversicherung: _____
auch z. B. private Zusatzversicherung

Medikamente: _____

Vorerkrankungen: _____

Operationen: _____

Unfälle: _____

Allergien (auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten): _____

ERKLÄRUNG

Ich möchte in der „Praxis für Physiotherapie / Heilpraktikerin Angela Kaiser“ osteopathisch behandelt werden bzw. wünsche als Erziehungsberechtigter die osteopathische Behandlung für meinen Sohn / meine Tochter.

Ich wurde eindeutig darüber aufgeklärt,

1. wie hoch der Kostensatz pro Behandlung / Konsultation oder der gesamten Behandlungsserie ist.
2. dass eine private oder gesetzliche Krankenversicherung die entstehenden Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise übernimmt. Ich werde die Krankenkasse / private Versicherung für eine entsprechende Klärung selbst kontaktieren. Im Falle einer Nichterstattung sind die Behandlungskosten von mir selbst zu tragen.
3. dass jede einzelne Therapieeinheit direkt im Anschluss bar zu bezahlen ist.
4. dass für die Behandlung eine ärztliche Verordnung vorzulegen ist oder durch die Heilpraktikerin Angela Kaiser eine kostenpflichtige Befunderhebung / Diagnose gestellt werden muss.

Die Behandlung erfolgt ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Kommen Sie daher bitte immer pünktlich.

Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte **mindestens 24 Stunden vorher ab**. Nicht abgesagte Termine werden Ihnen mit einer Ausfallgebühr in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach dem gesamten Behandlungsbetrag.

Terminabsagen bitte nur persönlich oder telefonisch, unser Anrufbeantworter ist ständig geschaltet.

Dresden, den _____ Unterschrift _____

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis für Physiotherapie & Heilpraktikerin – Angela Kaiser - meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten,
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten / der Patientin
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

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

- Zur Pflege der Kontaktdaten
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen / Versicherungen
- zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO, des BDSG und des Telemediengesetzes erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse / Versicherung nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit 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 – Angela Kaiser -
Deubener Straße 11
01159 Dresden

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.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden

Datum _____ Unterschrift Patient/In _____