

Aufnahmebogen

Physiotherapiepraxis Christine Henseler-Becker

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Patient / Patientin:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum / Ort: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße / Hausnummer: _____

Mobilnummer (vorrangig) / Festnetznummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gesetzliche Vertreter / Betreuer oder abweichender Anschriften (z.B. Rechnungsanschrift)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum / Ort: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße / Hausnummer: _____

Mobilnummer (vorrangig) / Festnetznummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich _____

☐ privat _____

☐ sonstige _____

Hausarzt: _____

Bitte lesen Sie sich im Anschluss unsere „Datenschutzerklärung“ und

die „Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung“ durch und unterschreiben Sie diese.

„Patienteninformation“ zur EU Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist:

Physiotherapiepraxis Henseler-Becker
Frau Christine Henseler-Becker
83324 Ruhpolding, Hauptstraße 55/l
Telefon: 08663/800 850

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten/-in und damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen u.a. Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Behandlungspersonen wie z.B. Ärzte oder Heilpraktiker erheben.

Zu diesen Zwecken können uns auch weitere Personen bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Form von Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte/ Psychotherapeuten/ Physiotherapeuten, Krankenversicherungen oder Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, der Übermittlung des Behandlungsstandes an den behandelnden Arzt oder Therapeuten, oder aufgrund besonderer Anforderungen durch die Krankenkasse.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher, oder vertraglicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 4 Jahre bzw. maximal 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung, aufzubewahren (§630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGE

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h DSGVO in Verbindung mit §13 Absatz 2 Nr. 7 Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisaufnahme der oben aufgeführten Informationen.

Ruhpolding.
Ort, Datum

Unterschrift

Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung

Wichtiges für Sie

Abrechnung

Kassenärztliche Heilmittelverordnungen und BG-Verordnungen rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft ab. Die Behandlungen, die aufgrund privatärztlicher Verordnungen erfolgen, rechnen wir direkt gegenüber dem Privatpatienten nach den vereinbarten Honorarsätzen ab. Behandlungen, die ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden, rechnen wir ebenfalls direkt mit dem Patienten ab.

Zuzahlung (nur für gesetzlich versicherte Patienten)

Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung.

Falls Sie einen Befreiungsausweis haben, legen Sie diesen bitte bei der ersten Behandlung vor.

Terminorganisation

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien **einzuhaltende Pflicht**. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin **nicht rechtzeitig** absagen, kann Ihnen die mit Ihnen **vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt** werden. Sofern Sie gesetzlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzlichen Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und uns abgeschlossen worden ist. Diese können Sie auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse einsehen. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Wichtiges für uns

Bitte bringen Sie uns behandlungsrelevante Vorbefunde (falls vorhanden) mit. zB Operationsbericht oder Krankenhausberichte.

Bitte teilen Sie uns mit, falls sie während der noch laufenden Behandlung im Krankenhaus oder in Quarantäne sind/bzw waren oder geplant operiert werden müssen.

-Gibt es etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten? (zB Schwangerschaft, Unfall, /Verletzung etc.) ☐ nein ☐ ja _____

-Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?

☐ nein

☐ ja

-Leiden Sie an Diabetes mellitus?

☐ nein

☐ ja

-Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörung, Bluthochdruck etc.) ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Ruhpolding.

Ort, Datum

Unterschrift