

Anmeldung zur Behandlung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Beh. Arzt:

- Versicherungsstatus:**
- gesetzlich versichert
 - privat versichert
 - private Leistung „Selbstzahler“
 - zuzahlungsbefreit
 - Beihilfe versichert (Nachweis erforderlich)
 - Berufsgenossenschaft

Haftung

Die Haftung der Praxis für Sach- und Vermögensschäden wird für Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter – für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

Unterschrift:

Zahlung und Terminabsagen – Terminerinnerung per E-Mail

Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher persönlich oder telefonisch absagen. Sage ich einen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir der jeweilige Bruttobetrag gemäß § 615 BGB privat in Rechnung gestellt wird. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht. Um dies entgegenzuwirken erlaube ich der Praxis Ihren kostenlosen Erinnerungsservice zu nutzen, um mir meine Behandlungstermine per E-Mail zuzusenden. Diesem Service kann jederzeit widersprochen werden. Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der Praxis liegt, trage ich diese selbst. Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenkassen oder Beihilfestellen ersetzen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das oben genannte Honorar an.

Unterschrift:

Einwilligung zum elektronischen Rechnungsversand

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, Rechnungen, Quittungen und EC-Belege bequem und umweltfreundlich per E-Mail zu erhalten. Dies spart Papier, schont die Umwelt und ermöglicht Ihnen eine schnellere Bearbeitung. **Diese Mails sind in aller Regel unverschlüsselt und nicht vor Zugriff Unberechtigter geschützt! (Normale E-Mail)** Mit Ihrer Zustimmung erhalten Sie künftig Ihre Rechnungen ausschließlich per E-Mail an die von Ihnen angegebene Adresse. Bitte bestätigen Sie uns dies durch eine kurze Rückmeldung oder unterschreiben Sie die nachfolgende Erklärung:

Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Renner & Minge GbR Rechnungen und ggf. Gutschriften an folgende E-Mail-Adresse elektronisch übermittelt:

E-Mail-Adresse:

Ich bin mir bewusst, dass Rechnungen in elektronischer Form denselben steuerlichen Aufbewahrungspflichten unterliegen wie Papierrechnungen. Mir ist zudem bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Unterschrift:

Datenschutz

Die im folgenden zu lesende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift:

Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Nach dem Datenschutzrecht sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

1. Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Physiotherapie am Kaserneneck
Renner & Minge GbR
Tanja und Daniel Minge
Ritter-von-Schoch-Straße 21a
84036 Landshut

2. Zwecke der Verarbeitung

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zu dem Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen insbesondere in der Form der Abgabe von Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik). Zudem verarbeiten wir Ihre Daten im Rahmen von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Wellness, sofern Sie an diesen teilnehmen. Unsere Praxis ist in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung). Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind

wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abgabe der Leistung aufzubewahren.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir behandeln alle Patienten- und Kundendaten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie bei gesetzlich Versicherten an das Abrechnungszentrum Optica, Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben. Zu der Datenweitergabe an Ärzte und gesetzliche Krankenversicherungen sind wir im Falle von Krankenbehandlungen gesetzlich verpflichtet. Die Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Krankenkassen und unsere Patienten sind bei unterschiedlichen Kostenträgern versichert. Die Inanspruchnahme des Abrechnungszentrums erlaubt uns, den Vorgang der Abrechnung stark zu vereinfachen, damit mehr Zeit für Sie und die Therapie verbleibt. Sind Sie nicht einverstanden, dass wir zur Abrechnung auch Ihrer Therapie Ihre Daten an das Abrechnungszentrum weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen.

4. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr. 1 a und b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

5. Auskunft

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Deren Kontaktdaten lauten:

Der Bayerische Datenschutzbeauftragte, Wagnmüllerstraße 18, 80538 München;
Telefon: 0892126720

Haben Sie Grunderkrankungen? Wenn ja, welche?

- Herz-Kreislauf-Erkrankung
- Osteoporose
- Diabetes
- Asthma
- Krebserkrankung
- Epilepsie
- sonstiges:

Nehmen Sie Medikamente ein?

- nein
- ja, welche

Haben Sie aktuelle Befunde? Wenn ja, bitte zum nächsten Behandlungstermin mitbringen (auch Röntgenaufnahmen, MRT, ...).

- nein
- ja

Bisher durchgeführte Maßnahmen?

- Spritzen
- Akupunktur
- sonstiges:
- keine

Wurden Sie jemals operiert?

- nein
- ja, bitte Zeitpunkt und Art angeben:

Unterschrift:
