

# Anmeldung und Datenschutzbogen

|                                       |         |               |
|---------------------------------------|---------|---------------|
| Name                                  | Vorname | Geburtsdatum  |
| Straße                                | Wohnort | Tel. Festnetz |
| E-Mail (wichtig zur Terminerinnerung) |         | Tel. Handy    |

Ich interessiere mich für:  Osteopathie / Kinderosteopathie  
 Radiale Stoßwellentherapie EMS  
 Medizinische Trainingstherapie als Monatsabo  
 Präventives Rückentraining nach §20 SGB V

1. Die Behandlungen, erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Kommen Sie daher bitte pünktlich. **Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.** Falls ihr Termin am Montag stattfindet muss die Absage bis Freitag 15 Uhr erfolgen.
2. **Unentschuldigte nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden nach §615 BGB privat in Rechnung gestellt.** Die Ausfallgebühr richtet sich nach der Höhe der jeweiligen Rezeptverordnung.
3. **Kassenpatienten sind gesetzlich verpflichtet eine Zuzahlungsgebühr pro Rezept zu den Kosten der Heilmittel zu tragen (§ 61 SGB V). Der Eigenanteil ist zum ersten spätestens zum zweiten. Behandlungstermin an die Praxis zu zahlen. Kassenrezepte dürfen bei Urlaub / Krankheit maximal 28 Tage unterbrochen werden**
4. BG-Patienten sind von den Zuzahlungen befreit. BG-Rezepte dürfen maximal 7 Tage unterbrochen werden und haben eine Gültigkeit von 2 Monaten ab Rezept- Ausstellungsdatum
5. **Privatpatienten / Selbstzahler für Osteopathie** verpflichten sich die Kosten für die Behandlungen, unabhängig von der Rückerstattung durch Ihre Krankenversicherung und oder Beihilfestelle, innerhalb der Rechnungsfrist zu bezahlen. Weitere Informationen und Hilfe bei Kürzungen durch Ihre Krankenkasse finden Sie unter: [www.privatpreise.de](http://www.privatpreise.de)
6. Die Erziehungsberechtigten bevollmächtigen ihre Kinder im Alter von 7-14 Jahren, die erhaltenen Rezeptleistungen durch eine Unterschrift gegenüber dem Physiotherapiezentrum und der Krankenkasse selbst per Unterschrift zu bestätigen. Bei Kindern unter 7 Jahren müssen die Eltern die Behandlung auf dem Rezept quittieren.
7. **Rechnungsadresse** (falls abweichend von oben): \_\_\_\_\_
8. **Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Ich bin einverstanden, dass durch das Physiotherapiezentrum Friedrichshafen meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen oder dem Patienten, zur therapeutischen

Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen, zur Terminerinnerung per Mail, falls gewünscht.

Einverständniserklärung: Ich bin mit der Korrespondenz, zwischen Kostenträgern und dem Physiotherapiezentrum, bzw. der Zusendung von Daten, per einfacher E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse (wenn gesetzlich versichert) weitergegeben oder übermittelt werden. Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. Wir behandeln alle Daten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Einrichtung ist der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungs- bzw. Dienstleistungsvertrag (Art. 6 Abs. 1b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs 3 DSGVO und §22 Abs. 2 Nr. 1b BDSG), uns bindende sozialgesetzliche- und rahmenvertragliche Vorgaben, sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Geschäftszwecke (Art. 6 Abs. 1f DSGVO).

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht zu, sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehende genannte Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des 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 mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse 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 schriftlich zu richten an:

Physiotherapiezentrum Friedrichshafen, Möttelstraße 5, 88045 Friedrichshafen. 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 „**Datenschutzhinweise**“ habe ich gelesen und verstanden.

**X** Datum \_\_\_\_\_

**X** Unterschrift \_\_\_\_\_

(gesetzl. Erziehungsvetreter bei Minderjährigen)