

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen und wir möchten Ihre Therapie individuell für Sie gestalten.
Hierfür benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankengeschichte.
Ihre Angaben sind vertraulich und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ihre aktuellen Beschwerden? (Schmerzen im Alltag, Ruhe-, Belastungs- oder Bewegungsschmerzen, sonstige Beschwerden)

Hatten Sie schon Operationen? (wenn ja, wann und welche?)

Haben Sie sonstige Erkrankungen, Behinderungen, Allergien?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente und wenn ja welche? (z.B. ASS, Marcumar, Schmerzmittel, Insulin usw.)

Befinden Sie sich zurzeit in physiotherapeutischer Behandlung bzw. haben Sie therapeutische Wünsche?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Hiermit bestätige den Erhalt der Patienteninformation und der Datenschutzerklärung.

Datum/Unterschrift: _____

Patienteninformation

Lieber Gast,

wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Da uns Ihre Gesundheit und Zufriedenheit sehr am Herzen liegt, möchten wir Sie vor Beginn ihrer Behandlung mit unseren Abläufen vertraut machen. Wir bitten Sie deshalb diese Information zu lesen und mit ihrer Unterschrift ihr Einverständnis zu erklären.

Um Ihnen eine optimale Behandlung bieten zu können, benötigen wir auch ihren ausgefüllten Gästefragebogen, welcher für ihre individuelle Therapie eine wichtige Behandlungsgrundlage ist. Selbstverständlich sind alle ihre Angaben vertraulich und werden nicht an Dritte weitergegeben. Für den Umgang mit ihren persönlichen Daten gilt die Richtlinie zum Datenschutz, welche auch als Anlage beigelegt ist.

Wichtige Informationen für Ihre Behandlung auf ärztliche Verordnung.

Wir sind aufgrund gesetzlicher Regelungen, Verträge mit den Krankenkassen und den Vorgaben des Heilmittelkataloges unter anderem an folgende Vorgaben gebunden.

Gültigkeit:	Rezepte sind maximal 28 Tage ab Ausstellungsdatum gültig.
Unterbrechung:	Zwischen den einzelnen Behandlungen dürfen nicht mehr als 10 Tage liegen.
Unterschrift:	Unterschreiben Sie bitte vor oder nach jeder Behandlung Ihrer Anwendung. Pünktlichkeit: Bitte kommen sie ca. 10 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit die Therapie pünktlich begonnen werden kann. Ein verspäteter Behandlungsbeginn kann nicht nachgeholt werden.
Krankheitsabsagen:	Wenn Sie aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes oder Krankheit verhindert sind, bitten wir Sie uns dies rechtzeitig mitzuteilen, damit wir die Unterbrechung auf dem Rezept vermerken können und den Termin anderweitig vergeben können.
Sonstige Absagen:	Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, können Ihnen privat Rechnung gestellt werden.

Wir bitten Patienten mit einer Privat- oder Beihilfeverordnung um Beachtung unserer aktuellen Privatpreise, welche sie vor Behandlungsbeginn gerne auch von unserer Rezeption erhalten.

Was Sie mitzubringen sollten?

Ein großes Badetuch als Behandlungsunterlage, bequeme Kleidung und falls Sie die Trainingsräume nutzen möchten zusätzlich noch ein kleines Handtuch, Sportschuhe und vor allem viel Spaß und Motivation.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

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

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation und zur Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können meine 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, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG 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 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 dieser schriftlich an die Physiotherapie Praxis Bank, Luisenstraße 8, 78073 Bad Dürkheim, z.Hd. Herrn Thomas Bank zu übersenden.

Meine Daten werden im Falle des Widerrufs 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.