

Sehr geehrte Patientin,

Sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bei Kindern Name und Adresse des Versicherten/Rechnungsempfängers:

Adresse (Straße, Ort): \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung:  privat  gesetzlich / Krankenkasse \_\_\_\_\_

Zuzahlung (Rezeptgebühr)  nicht befreit  befreit

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Telefonbuch  Internet  Flyer  Anzeige  Empfehlung: \_\_\_\_\_

Nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach, der Ihrer Information dient.

Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und bestätigen Sie die Kenntnisnahme.

**Information durch den behandelnden Arzt:**

Hat der verordnete Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?  ja  nein

**Zuzahlung:**

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von € 10,-/Verordnung zzgl. 10% des Rezeptwertes zu Beginn der Behandlung zu entrichten. Dieser Betrag wird von uns im Auftrag Ihrer Krankenkasse eingezogen.

**Ausfallgebühr:**

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt werden. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

**Einwilligung**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Behandelnder Physiotherapeut/in: \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN !!!**

### Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von  
Herrn / Frau .....

Anschrift siehe Vorderseite

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis PhysioTeam Brunner und Partner meine Daten 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, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre 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 bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten 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 zu richten an:

Praxis PhysioTeam Brunner und Partner  
Straße Münchner Str. 44  
PLZ Ort 85221 Dachau

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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift