Physiotherapie Pfitzner

Anmeldung zur Behandlung

Name	Telefon Privat
Vorname	Telefon Mobil
Geburtsdatum	E-Mail
Straße, Hausnr.	Krankenkasse
PLZ Wohnort	behandelnder Arzt

Versicherungsstatus: ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ private Leistung
☐ zuzahlungsbefreit ☐ Beihilfe versichert ☐ Berufsgenossenschaft

Zahlung und Terminabsagen

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. 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 Behandlungsund Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das rechts genannte Honorar an.

X

Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

Behandlungshonorar

Zuzahlungsbetrag bei gesetzlicher Versicherung: _____ €

Honorar der gesetzl. Versicherung je Behandlung: _____ €

Nur für Privatpatienten / Selbstzahler: Leistung	Honorar
	€
	€
	€
	€

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber:

X

Unterschrift wie oben

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.

X

Unterschrift wie oben

Aufklärung und Einwilligung

Die Mitarbeiter der Praxis haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Insbesondere bin ich auf Folgendes hingewiesen worden:

Datenschutz

Die heute umseitig abgedruckte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

X

Unterschrift wie oben

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

X

Unterschrift wie oben

Physiotherapie Pfitzner | Bianca Pfitzner | Birkenstraße 71 | 40233 Düsseldorf

Information zum Datenschutz – Physiotherapie Pfitzner

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 Pfitzner
Bianca Pfitzner
Birkenstraße 71
40233 Düsseldorf

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 NOVENTI HealthCare GmbH, Geschäftsbereich azh, Einsteinring 41-43, 85609 Aschheim bei München 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:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf