

## Patienten-Aufnahmeformular

Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe
Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Straße   Nr.:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefon 1:	<input type="text"/>	Telefon 2:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Bitte nehmen Sie die folgenden Informationen zur Kenntnis und bestätigen Sie uns durch Ihre Unterschrift, dass Sie diese verstanden haben und mit diesen einverstanden sind.

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die Behandlungskosten in Höhe von 100,00 € (Erstbefundung mit Behandlung) zu tragen.  
Gesetzliche Krankenkassen erstatten i.d.R. keine Heilpraktikerrechnungen.

### Datenschutzrechtliche Regelungen

Das bedeutet, dass alle behandlungsbezogenen Daten nur durch Ihren Behandler einsehbar sind. Die gemeinsame Terminorganisation erfordert jedoch, dass die Stammdaten (Namen, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Krankenkasse) der Patienten sowie die TerminiDaten für alle Behandler der Praxis(gemeinschaft) und ggf. eine mit organisatorischen Aufgaben betraute dritte Person einsehbar sind. Sämtliche Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesem Verfahren einverstanden.

Sollte ein einvernehmlich vereinbarter Therapeutenwechsel innerhalb der Praxis stattfinden, stimme ich dem Austausch meiner Behandlungsdokumentation zu (bitte ankreuzen): ja  nein

Die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung aller patientenbezogenen Daten (einschl. Stammdaten, Terminlegung, Dokumente, Abrechnung) erfolgt nach der EU-DSGVO Richtlinie.

Die detaillierten Informationen zum Datenschutz unserer Praxis(gemeinschaft) finden Sie auf unserer Praxiswebsite unter <https://physioundsport.net>

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie diese gelesen und verstanden haben und allen dort dargestellten Punkten – insb. bzgl. Ihrer sensiblen persönlichen Daten – ausdrücklich zustimmen.

### Unangekündigtes Nichterscheinen

Für Ihre individuelle Behandlung planen wir vergleichsweise viel Zeit ein. Bitte beachten Sie, dass damit bei einem kurzfristigen Terminausfall entsprechend viel Leerlauf entsteht und dieser Termin anderen Patienten nicht mehr angeboten werden kann. Die laufenden Kosten fallen dennoch an. Sagen Sie daher Termine bitte möglichst frühzeitig ab, mindestens aber 24h vor dem Termin. Wir behalten uns vor, bei unangekündigtem Nichterscheinen bzw. zu kurzfristiger Absage (<24h) eine angemessene Pauschale zu berechnen.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Falls Sie keine Möglichkeit zur digitalen Signatur haben oder das Formular nicht mit Unterschrift per Mail zuschicken können, bringen Sie bitte dieses Formular (S 4) ausgedruckt zum ersten Termin mit.