

Information und Patienteneinwilligung

zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden.

Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Die Abrechnung wird dabei von dem Unternehmen Optica Dr. Güldener GmbH vorgenommen, mit welchem wir einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diesen Dienstleister sicher sind.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisierten Maßnahmen zu verlangen. Gemäß §16,17,18 DSGVO können Sie jederzeit die Berechtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach gesetzlicher Frist erfolgen.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO
PRAXISWÖLK - Erwin Wölk (Inhaber) - Turnerstraße 40 - 51545 Waldbröl

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und willige diese ein:

Name: Vorname:Geb.Datum:

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Nutzung bestimmter Kommunikationswege und deren Sicherheit

Sollten Sie neben der telefonischen und persönlichen Terminvereinbarung unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen (Versand von Berichten und Rechnungen) per E-Mail nutzen wollen, wird diese E-Mail-Adresse einzig zu diesen Zwecke bei uns gespeichert.

Bei weiteren Kommunikationswegen über die sozialen Medien (WhatsApp, Instagram, Facebook, etc.) verweisen wir auf die Datenschutzhinweise der jeweiligen Anbieter. Sollten Sie diese nicht wünschen, notieren Sie es unter Ihrer Kenntnisnahme.

Hiermit erkläre ich, dass die Übermittlung von Termindaten und Kontaktdaten durch die Praxis über den oben genannten Kommunikationswegen von mir gewünscht sind und meine Daten zu diesem Zweck auf den Geräten der Praxis gespeichert werden.

Name: Vorname:Geb.Datum:

Handynummer: Email-Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Abrechnung der von uns ausgeführten Leistungen stellen wir Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse in Rechnung.

1. Sind Sie gesetzlich versichert, erfolgt die Abrechnung nach den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie **mit 10% zuzahlungspflichtig**. Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze. Der genaue Betrag wird in der Quittung ausgewiesen. Ebenfalls fällt eine **Gebühr von 10 Euro pro Rezept** an. Die Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig.
2. Wenn Sie privat versichert oder als Selbstzahler zu uns kommen, stellen wir Ihnen unsere Leistungen in Rechnung. Diese ist innerhalb von 10 Tagen zu entrichten. Die Preise entnehmen Sie unserer aktuellen Preisliste. Diese Vereinbarung ist **unabhängig von einer Erstattung** der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei Ihrem Kostenträger.
3. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. (§ 615 BGB)

Erscheinen Sie nicht zum Termin oder sagen Sie den Termin nicht in der oben genannten Frist ab, müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen. (Kosten siehe Preisliste)

4. Termine, die unsererseits nicht eingehalten werden, werden gutgeschrieben bzw. neu terminiert.

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und willige diese ein:

Name: Vorname:Geb.Datum:

Ort, Datum

Unterschrift