

Unser Praxisteam heißt Sie willkommen!

Anmeldung und Einwilligungserklärung.

Alle Informationen unterliegen dem Datenschutz und der Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____

Telefon privat/geschäftlich: _____ Beruf: _____

Telefon mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ bitte einkreisen: Gesetzlich Privat Beihilfe

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja Nein

Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

- **Sie haben die Möglichkeit einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen.** Montagstermine müssen bereits am Freitag zuvor storniert werden. Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir den Terminausfall pro Behandlungseinheit privat in Rechnung. (§§ 615, 304 BGB).
- **Bitte bringen Sie zur Behandlung ein frisches Badehandtuch (80 x 140 cm oder größer) mit.** Sollten Sie Ihr Handtuch vergessen haben, stellen wir Ihnen gerne ein Handtuch zur Verfügung.
- **Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte ist vor der ersten Behandlung in bar zu entrichten.** Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben. Sollte die Anzahl der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, erhalten sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.
- **Für privat Krankenversicherte ist das durch den Honorarvertrag vereinbarte Honorar bindend.** Dies kann bei Heilmittelleistungen von der Erstattungshöhe Ihrer Versicherung abweichen. Bitte informieren Sie sich im Vorfeld über eine mögliche Differenz. Der Rechnungsbetrag ist unabhängig durch die Erstattung Dritter (z.B. Krankenkasse) sofort fällig und mit der Rechnungsstellung sofort zu begleichen.

Ort / Datum

Unterschrift

Datenschutz / Einwilligung

Ihre personenbezogenen Daten, sowie die Untersuchungsdaten, die Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Kontaktaufnahme, der Diagnostik, der Behandlung, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h). Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten Ihrer Person werden unter Beachtung des DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch die Verantwortliche erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die oben genannten Daten allen in der Praxis angestellten Personen, die mit der Durchführung oder Abrechnung der therapeutischen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben werden, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrages erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die oben genannten Daten zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit den Krankenkassen an das AZH Abrechnungszentrum der Noventi HealthCare GmbH übermittelt werden.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei einem nicht Nachkommen der Zahlungsaufforderung die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden.
- Ich bin darüber informiert, dass die Praxis-Information zum Datenschutz auf der Praxiswebsite: www.praxis-wotawa.de, im Bereich Datenschutz nachzulesen ist.

Ort / Datum

Unterschrift

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

Der Widerruf ist zu richten an: Nicole Wotawa, Werner-Hilpert-Straße 22, 65197 Wiesbaden