

Patientenvereinbarung



Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns sehr, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben.
Mit diesem Willkommensblatt möchten wir Ihnen Informationen geben,
um einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen.

Patientenvereinbarung zwischen der
Praxis für Physiotherapie Imping & Schleiff, Oppelner Str. 130, 53119 Bonn und

Name _____ Vorname _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Wohnort _____
Telefon dienstlich _____ Telefon privat _____
Telefon Mobil _____
E-Mail Adresse _____

Melden Sie sich bitte immer vor Behandlungsbeginn an der **Physiotherapie-Rezeption** an. Bringen Sie bitte ein **großes Handtuch** zu Ihrer Behandlung mit. Die Nutzung der Umkleiden/Duschen vor und nach Ihrem Gerätetraining (KGG) ist für Sie **kostenfrei**. Bitte kommen Sie **rechtzeitig** zum Beginn Ihrer Behandlung. Ein durch Sie verzögerter Behandlungsbeginn kann aufgrund unseres engen Zeitplans nicht nachgeholt werden. Vereinbaren Sie weiterführende Termine **frühestmöglich**, um Therapiekonstanz zu gewährleisten. Die gesetzlich vorgeschriebene **Zuzahlung** eines Kassenrezeptes beträgt **10 € zzgl. 10 % des Rezeptwertes** und ist von Ihnen spätestens beim **zweiten** Behandlungstermin zu leisten.

Sollten zwischen zwei Behandlungsterminen Ihres Rezeptes **mehr als 14 Tage/im Krankheitsfalle 21 Tage** liegen, sind wir den gesetzlichen Krankenkassen gegenüber verpflichtet, Ihr Rezept mit den bis dahin in Anspruch genommenen Behandlungen abzuberechnen.

Termintreuevereinbarung

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen **mindestens 24 Stunden** vorher ab. Außerhalb der Öffnungszeiten sowie am Wochenende nutzen Sie hierzu bitte unseren Anrufbeantworter oder (info@imping-schleiff.de). Nicht erfolgte Behandlungen können Ihrer Krankenkasse nicht berechnet werden. Wir sind eine Terminpraxis und können i.R. kurzfristig abgesagte Termine nicht neu belegen. Privatpatienten zahlen bei nicht fristgerecht abgesagten Terminen daher den entsprechenden **Privat-Satz**. Kassenpatienten zahlen bei nicht fristgerecht abgesagten Termine je nach Behandlung eine **Ausfallgebühr**, deren Höhe sich wie folgt berechnet.

Heilmittel	Ausfallgebühr	Heilmittel	Ausfallgebühr
Manuelle Therapie	31,37 €	KG-ZNS (Neuro)	41,48 €
Krankengymnastik	26,12 €	Klassische Massage	19,06 €
Krankengymnastik am Gerät	49,18 €		

Ich habe die dargestellten Bedingungen zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie.

Datum, Unterschrift

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung



Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis für Physiotherapie Imping & Schleiff meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten, Arztbriefen und Rücksprachen mit dem Arzt, die meine Therapie betreffen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden die 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 gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berechtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen 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 für Physiotherapie Imping & Schleiff, Oppelner Str. 130, 53119 Bonn. 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.

Bonn, den _____

(Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters)