

Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir führen physiotherapeutische Behandlungen auf Grundlage von kassen- oder privatärztlicher Verordnungen durch. Die für die Durchführung der Therapiemaßnahmen notwendigen Informationen befinden sich auf diesen Verordnungen. Weitere Informationen über Ihre Person und Ihren Gesundheitszustand sind aus der ärztlichen Heilmittelverordnung nicht ersichtlich. Diese dürfen ohne Ihre Zustimmung auch nicht vom Arzt an uns übermittelt werden. Unter Umständen kann es für die Durchführung der Behandlung und/oder den Therapieerfolg notwendig sein, weitere Angaben zu Ihrem Gesundheitsstatus sowie über Belastungen im Alltag zu erhalten. Dieser Bogen dient dazu, noch individueller auf Sie und Ihre Beschwerden eingehen zu können, da bei bestimmten Erkrankungen gewisse Therapien nicht oder nur eingeschränkt möglich sind.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Angaben auf diesem Bogen freiwillig sind. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Allgemeine Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Empfehlung _____ Telefonbuch Internet

Für gesetzlich Versicherte:

Für jedes Rezept wird eine gesetzliche, von den Krankenkassen festgelegte, Zuzahlung fällig. Diese entfällt, wenn Sie durch die Krankenkasse von der Zuzahlung befreit werden und einen Befreiungsausweis vorlegen können.

Für alle Patienten:

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen, in Höhe der mit den gesetzlichen Krankenkassen bzw. in Höhe der mit den Privatpatienten vereinbarten Vergütung.

Datum, Unterschrift _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes unterstreichen ggf. erläutern)

Herz-/ Kreislaufbeschwerden _____

Atemwegserkrankungen _____

Gefäßerkrankungen/-verkalkung _____

Diabetes

Blutgerinnungsstörungen

Schwindel _____

Lähmungen _____

Missempfindungen Wo/Wie _____

Allergien _____

Osteoporose

Krebs _____

Schlaganfall (Wann?) _____

Sonstige

Unfälle/Stürze/Schleudertrauma:

Operationen:

Medikamente:

Metallimplantate:

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Physiotherapie Fredersdorf meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese 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 kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener 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 Physiotherapie Fredersdorf
 Michaela Tetzlaff
Straße Fließstraße 4

PLZ Ort 15370 Fredersdorf

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.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

Datum, Unterschrift