PHYSIOTHERAPIE

MAIK BECKMEIER

AGB

Allgemeine Information/Geschäftsbedingungen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

wir freuen uns, dass Sie Ihre Behandlung gemäß der Verordnung Ihres Arztes in unserer Praxis durchführen möchten und danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

Wir möchten Sie bitten folgende Hinweise zu beachten:

1.
Erscheinen Sie bitte rechtzeitig zu den Behandlungen. Unsere Therapeuten sind stets bemüht, pünktlich mit den Behandlungen zu beginnen. In Notfällen kann sich der Behandlungsbeginn ausnahmsweise verzögern. Hierfür bitten wir Sie um Ihr Verständnis.

2.
Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes und ein kleines Handtuch mit.
Seien Sie sich bitte bewusst, dass im Falle einer Wärmebehandlung (Fango) das Handtuch verschmutzt werden kann. Falls Sie ihr Handtuch vergessen, bekommen Sie gegen einen Umweltbeitrag von 0,50€ für das Kinderhospiz, ein Handtuch von uns gestellt

3.
Vor Beginn der zweiten Behandlung ist der gesetzlich geregelte **Eigenanteil** des Heilmittelrezeptes zu **zahlen**, sofern es sich um eine Verordnung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt und Sie nicht von der Zuzahlungen befreit sind.

4.
Können Sie **einen Termin nicht wahrnehmen, so sagen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher unter der Rufnummer 05261/4603 ab**. Sollten wir mal nicht erreichbar sein, hinterlassen Sie uns Ihre Absage auf dem Anrufbeantworter. Das gilt ins besonders auch für Termine, die auf einen Montag Morgen fallen. Sollte dies nicht geschehen oder im Falle einer akuten Erkrankung kein Attest vorliegen, müssen wir Ihnen diesen Termin privat mit 20€ bei einer Einzelbehandlung oder 40€ bei einer Doppelbehandlung in Rechnung stellen.

Lemgo, den _____
Unterschrift Patient(in) ggf. Unterschrift des gesetzl. Vertreters

Einwilligungserklärung(en) des Patienten

Des weiteren haben Sie auf den folgenden Seiten die Möglichkeit, uns Einwilligungen in bestimmte Formen der Datenverarbeitung zu erteilen. Sämtliche Einwilligungen enthalten eine Erläuterung des Zwecks der beabsichtigten Datenverarbeitung und eine genaue Beschreibung der Einwilligung, welche Sie uns damit erteilen würden. Geben Sie uns keine Einwilligung, dürfen wir Ihre Daten zu dem benannten Zweck nicht verarbeiten und werden uns natürlich daran halten. Bitte kreuzen Sie daher jeweils an, ob Sie uns die betreffende Einwilligung erteilen möchten oder nicht.
Hiermit erteile ich, (bitte ausfüllen)

Name, Geburtsdatum _____
Anschrift _____
ggf. gesetzlicher Vertreter (bei Patienten unter 16 Jahren) _____

den in der Physiotherapie Maik Beckmeier, Echternstr. 126, 32657 Lemgo mich behandelnden und verwaltenden Beschäftigten (nachfolgend die im Folgenden von mir ausgewählte(n) Einwilligung(en). Die Einwilligung(en) erteile ich rein freiwillig. Ich hatte zudem Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig beantwortet.

zur Übermittlung von Patientendaten an den Hausarzt oder überweisenden Arzt

Erläuterung: Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihrem Hausarzt, sowie (falls abweichend) dem Arzt, welcher Sie an uns überwiesen hat, Sie betreffende Informationen aus unserer Behandlung zum Zwecke der dortigen Führung der Dokumentation und Ihrer Weiterbehandlung, zu übermitteln. Manchmal ist es auch nötig, fehlerhafte Rezepte zur Korrektur an den Arzt zurückzugeben. Solche Übermittlungen können zum einen dadurch erfolgen, dass wir Ihnen die entsprechenden Unterlagen persönlich mitgeben und Sie sie zu Ihrem Arzt bringen. Mit der nachfolgenden Einwilligung können Sie uns jedoch erlauben, die Daten direkt an Ihren Arzt zu übermitteln. Dies erspart Ihnen den Aufwand des Transportes.

Einwilligung: Ich stimme zu, dass die Praxis personenbezogene Daten aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Anamnese, die Diagnose, Befunde, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang von Behandlungsleistungen, einschließlich der Anwendung von Medikamenten oder ggf. erstellten Fotos/Videos) an meinen Hausarzt / den mich überweisenden Arzt, welchen ich im Patientenfragebogen angegeben habe, zum Zwecke der dortigen Dokumentation und meiner (Weiter)behandlung übermitteln darf. Ich entbinde die Praxis für derartige Datenübermittlungen von ihrer Schweigepflicht.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen.

Einwilligung zur Ansprache mit dem Namen

Erläuterung: Um Sie aus unserem Wartebereich aufrufen zu können oder zur sonstigen Kommunikation mit Ihnen in unseren Räumen, würden wir Sie gern mit Ihrem Namen ansprechen. Wir sehen dies als einen Akt der Höflichkeit. Dennoch weisen wir Sie darauf hin, dass durch die namentliche Ansprache gegebenenfalls sich in der Nähe befindende andere Besucher unserer Praxis Ihren Namen ebenfalls hören könnten.

Einwilligung: Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis mich mit meinem Namen ansprechen darf, insbesondere, mich aus dem Wartebereich namentlich aufrufen darf.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen.

zur Erhebung von Patientendaten bei Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen

Erläuterung: Für Ihre fachgerechte Behandlung kann es erforderlich sein, dass wir in geeignetem Maße Sie betreffende Behandlungsdaten, wie Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapien, etc., welche von anderen Leistungserbringern, wie Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen erstellt worden sind, bei diesen abfragen müssen. Mit der nachfolgenden Einwilligung können Sie uns erlauben, die Daten direkt bei den Leistungserbringern abzufragen. Erteilen Sie uns diese Einwilligung nicht, müssten Sie uns die benötigten Unterlagen jeweils persönlich bringen.

Einwilligung: Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis bei anderen Leistungserbringern, die mich behandeln oder behandelt haben, mich betreffende Behandlungsdaten, zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung, erheben darf.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen.

Einwilligung zur Datenübermittlung an eine Abrechnungsstelle

Zur Entlastung unserer Verwaltung würden wir die Abrechnung der für Sie erbrachten Behandlungsleistungen gern durch eine externe Abrechnungsstelle vornehmen lassen. Dies lässt uns mehr Zeit und Kapazitäten, um uns voll auf Ihre gesundheitlichen Belange zu konzentrieren. Die Abrechnungsstelle erhält dabei Sie betreffende, personenbezogene Daten durch uns. Es handelt sich dabei um Stammdaten, wie Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, um Daten aus Ihrer Behandlung bzw. Versorgung, sowie ggf. um Daten zum Kostenträger, Rezeptdaten, Bank- und Abrechnungsdaten.
Als Abrechnungsstelle verwenden wir das folgende Unternehmen:

azh Abrechnungs- und IT-Dienstleistungszentrum für Heilberufe GmbH
Einsteinring 41-43
85009 Aschheim bei München

Einwilligung: Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis die vorstehend beschriebenen, mich betreffenden Daten, welche für die Abrechnung der für mich erbrachten Leistungen notwendig sind, an die vorgenannte Abrechnungsstelle zum Zwecke der Rechnungslegung übermitteln darf. Ich entbinde die Praxis für derartige Datenübermittlungen ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen.

Einwilligung zur Datenübermittlung an Dritte Personen, wie z.B. Angehörige

Erläuterung: Möchten Sie, dass eine Ihnen nahestehende Person, wie z.B. ein Familienangehöriger oder eine sonstige Vertrauensperson, Informationen über Ihre Behandlung in unserer Praxis erhalten kann, so müssen Sie uns hierzu Ihre Einwilligung erteilen.

Einwilligung: Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis personenbezogene Daten aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Anamnese, die Diagnose, Befunde, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang von Behandlungsleistungen, einschließlich der Anwendung von Medikamenten oder ggf. erstellten Fotos/Videos, Röntgenaufnahmen) der/den nachfolgend genannten Personen offenlegen darf.

☐ Ich entbinde die Praxis für derartige Offenlegungen ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen.

Einwilligung zur Korrespondenz mit Ihnen per E-Mail

Erläuterung: Mittlerweile ist es für viele Menschen üblich geworden, Korrespondenz per Email zu führen. Prinzipiell können wir mit Ihnen per Email kommunizieren, wenn Sie dies wünschen. Aus Gründen des Datenschutzes müssen wir Sie jedoch darauf hinweisen, dass Email-Verkehr kein sicherer Übertragungsweg ist. Zwar versenden wir unsere Email nur auch verschlüsseltem Übertragungsweg. Den Inhalt der Email verschlüsseln wir jedoch nicht, da die Mehrzahl der Patienten erfahrungsgemäß mit der Entschlüsselung überfordert ist.

Einwilligung: Ich stimme zu, dass, die Praxis Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Medikamenten) an die folgende E-Mail-Adresse senden darf:

Mir ist bewusst, dass der Inhalt der Email sowie dieser ggf. beigefügte Anlagen nicht verschlüsselt sind. Mir ist weiter bewusst, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die mich betreffenden Informationen erhalten könnten und diese Daten verändert werden könnten sowie, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.

☐ Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen.

Einwilligung zur Patienteninformation

Erläuterung: Als Serviceleistung bieten wir Ihnen an, Sie über gesundheitsrelevante Dinge, wie spezielle oder neue therapeutische Leistungen oder Angebote unserer Praxis oder ggf. auch von Krankenkassen angebotene Leistungen, zu informieren. Nachstehende Einwilligung dient diesem Zweck.

Einwilligung: Durch diese Einwilligung stimme ich zu, dass die Praxis mich über die vorgenannten Dinge informieren darf und zwar auf folgendem Weg (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ per Email an die von mir im Patientenfragebogen angegebene Email-Adresse

☐ per Telefon auf der von mir im Patientenfragebogen angegebenen Telefonnummer

☐ per Post auf die von mir im Patientenfragebogen angegebene Anschrift

☐ Ich möchte KEINE dieser Einwilligungen erteilen.

Hinweis auf Ihr Recht zum Widerruf dieser Einwilligung(en)

Sie haben das Recht, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, eine erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Die bis zum Eingang Ihres Widerrufs bereits erfolgte Verarbeitung Ihrer Daten bleibt jedoch rechtmäßig.
Der Widerruf kann postalisch oder elektronisch (z.B. per E-Mail oder Fax) an uns übermittelt werden. Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Lemgo, den _____

Unterschrift Patient(in) ggf. Unterschrift des gesetzl. Vertreters