

Infoblatt – Einwilligungserklärung Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir freuen uns dass Sie zur Behandlung in unsere Therapieeinrichtung kommen.

Um die Wartezeiten für Sie so gering wie möglich zu halten arbeiten wir nach einem Bestellsystem. Das bedeutet, dass wir die mit Ihnen vereinbarte Zeit für Sie vorhalten.

Terminabsage:

Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie, den Termin so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vorher, abzusagen. Nur so sind wir in der Lage, die für Sie reservierte Zeit anderweitig zu verplanen. Aus Gründen der Fairness möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir Ihnen eine Ausfallrechnung in Höhe von 25,- Euro in Rechnung stellen, sollten Sie den Termin nicht fristgerecht absagen. Diese Regelung gilt selbstverständlich nur für die Fälle, in denen Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen haben.

Kostenübernahme:

Gesetzlich Versicherte PatientenInnen ab 18 Jahre haben, sofern nicht von der Zuzahlung befreit, eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro/Verordnung zuzüglich 10% des Rezeptwertes an den Physiotherapeuten zu zahlen. Wir handeln diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Die Zahlung per EC-Karte ist möglich.

Prüfpflicht-Verordnung:

Wir sind verpflichtet Ihr Rezept auf formale und inhaltliche Richtigkeit zu prüfen um Honoraransprüche gegenüber ihrer Krankenkasse nicht zu verlieren. (Bsp.: Bei Arztwechsel wird der Arzt nicht informiert über vielleicht schon erhaltene Maßnahmen und kann so keine ordnungsgemäße Folgeverordnung ausstellen.) Sollte dies zutreffend sein müssen wir Sie bitten die Verordnung von Ihrem Arzt/Ärztin korrigieren zu lassen.

Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne negative Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler.

Feedback:

Gerne können sie uns Ihre Meinung auf unserem Feedbackbogen in der Wartezone mitteilen.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von

Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Physiotherapiepraxis Thera4-Radolfzell 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 (ec-Cash), zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen, zur FAX-Kommunikation mit dem behandelnden Arzt bezüglich Rezeptkorrektur, zur Terminvereinbarung oder Absage per Mail sowie Vereinbarung und Absage von Terminen über dritte Personen.

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 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 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.

Ein „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ kann jederzeit im Wartebereich eingesehen werden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift