

Anmeldung – Praxis Rainer Haußmann

(Physiotherapeut, Manualtherapeut & Heilpraktiker für
Physiotherapie, Osteopathie)



Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Hinweise zum Datenschutz siehe Seite 2.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon 1 (Privat oder Dienstlich; Festnetz)

Telefon 2 (Mobil)

E-Mail Adresse für Terminbestätigungen

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- Empfehlung über _____ (Name) Internet (Google Suche, Homepage, ...)
- Sonstiges _____

Mit der Unterzeichnung dieser Anmeldung erhalten folgende Punkte ihre Gültigkeit:

1. Terminverschiebungen/ Terminabsagen: Eine kostenfreie Absage/ Verschiebung (Telefonisch über AB oder per Email) eines Termins ist bis 24h vorher möglich. Findet die Absage/ Verlegung <24 h vor Behandlungsbeginn statt, erlaube ich mir die Berechnung des Termins.
2. Diese Vereinbarung stellt einen Dienstvertrag dar. Mir ist bewusst, dass die Behandlungsleistung Gegenstand dieser Vereinbarung ist und nicht der Erfolg der Behandlung oder die Heilung.
3. Die Vergütung ist nach der Behandlungsleistung und Erhalt der Rechnung fällig.
4. Werden Kosten nicht vollständig von ihrem Kostenträger übernommen, so bleibt das vereinbarte Honorar davon unberührt.
5. Die Rechnungen werden als PDF Datei versandt. Bitte hier ankreuzen, wenn Postversand gewünscht.
6. Ich widerspreche der Aufnahme in den Email-Verteiler: Ja
7. Soll eine Kommunikation mit dem behandelnden Arzt stattfinden, z.B. Behandlungsbericht, Informationsaustausch, stimme ich der Entbindung der Schweigepflicht für Herrn Rainer Haußmann zu Ja Nein

Unterföhring, den _____

Unterschrift

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von
Herrn / Frau siehe Vorderseite

Anschrift siehe Vorderseite

Ich bin einverstanden, dass durch die **Praxis Rainer Haußmann** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, elektronische Terminplanung und -erinnerung, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, 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 ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Rainer Haußmann

Straße Straßäckerallee 1

PLZ Ort 85774 Unterföhring

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift