



Craniofaziale Therapie
Manuelle Therapie
Trainingstherapie

PLÖCKPHYSIO

Anmeldeformular

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/ Hausnummer		Postleitzahl / Ort
Telefonnummer privat	Telefonnummer geschäftlich	
Mobilnummer	E-Mailadresse	
Versicherung	behandelnder / zu benachrichtigender Arzt	

Unsere Praxisbedingungen und Unternehmensbedingungen:

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, 24 Stunden vorher abzusagen. Dieses können Sie persönlich, per E-Mail oder auch telefonisch/Sprachnachricht auf unseren Anrufbeantworter vornehmen. Auch an Wochenenden und Feiertagen. Für nicht 24 Stunden vorher abgesagte oder unentschuldig nicht wahrgenommene Termine müssen Sie privat aufkommen.

Unsere Ausfallgebühren orientieren sich an der für Sie gebuchten Therapiezeit, unabhängig von den gebuchten Maßnahmen:

20 Minuten	20 Euro
30 Minuten	30 Euro
40 Minuten	40 Euro
50 Minuten	50 Euro
60 Minuten	60 Euro

Wir bitten darum, Ausfallgebühren zum nächsten Termin vor Ort zu begleichen. Ansonsten können die Folgetermine vorerst nicht stattfinden, was zur Ungültigkeit der Verordnung führen kann.

Die aufgeführten Gebühren **gelten für alle Patienten/Kunden** (alle gesetzlichen Kassen, Privatversicherte, Berufsgenossenschaft und Privatzahler).

Der gesetzliche Eigenanteil pro Verordnung für nicht befreite **gesetzlich versicherte Patienten** ist innerhalb der ersten 2 Behandlungen zu begleichen.

Wir berechnen unsere Leistungen bei **privat versicherten Patienten und Kunden** unmittelbar nach Erbringung am Ende des jeweiligen Behandlungstermins/Präventionstermins.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Daten und dass ich die Praxisbedingungen und Unternehmensbedingungen verstanden habe und akzeptiere.

Heidelberg. _____

Ort, Datum

Unterschrift

PLÖCKPHYSIO

Marc Lauer

Plöck 83

69117 Heidelberg

+49 6221-9 85 13 24

info@ploeckphysio.de

www.ploeckphysio.de

IK: 444 823 753

IBAN: DE02 3006 0601 0003 1682 39

BIC: DAAEDEDXXX | apoBank

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **PLÖCKPHYSIO** und das Gesundheitsunternehmen **PLÖCKPHYSIOsport** 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 und zur Terminverwaltung.

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 ist der Widerruf zu richten an:

Praxis: PLÖCKPHYSIO	Unternehmen: PLÖCKPHYSIOsport
Straße: Plöck 83	Straße: Plöck 83
PLZ, Ort: 69117 Heidelberg	PLZ, Ort: 69117 Heidelberg

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**“ bzw. „**Kundeninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

Heidelberg, _____
Ort, Datum

Unterschrift