

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 kommen Sie privat auf.

Unsere Ausfallgebühren orientieren sich an der für Sie gebuchten Therapiezeit:

30 Minuten	50 Euro
60 Minuten	100 Euro
90 Minuten	150 Euro

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

Die aufgeführten Gebühren **gelten für alle Patienten/Kunden** (privatversicherte und Selbstzahler).

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

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass wir Ihnen uneingeschränkt freie Arzt- und Therapeutenwahl gewähren.

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

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **PLÖCKPHYSIO** und das Gesundheitsunternehmen **PLÖCKPHYSIO-sport** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten / Kunden. Zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen und zur Terminverwaltung.

Zu diesen Zwecken werden Ihre Daten an den überweisenden Arzt weitergegeben oder übermittelt.

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 jederzeit widerrufen kann. Mein Widerruf hat zur Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt.
- 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:	PLÖCKPHYSIO-sport
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