

Datenschutzhinweis für Patienten

Liebe Patienten und Patientinnen,

wir freuen uns Sie auf Ihrem gesundheitlichen Weg unterstützen zu dürfen. Als therapeutische Praxis hat Datenschutz für uns einen hohen Stellenwert. Nachfolgend möchten wir Sie über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten in unserer Praxis informieren:

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Reset Physiotherapie - An der Ehranger Mühle 8, 54293 Trier
Tel: 015144240904 - email:kontakt@reset-physio.de

2. Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten:

Im Rahmen Ihrer Behandlung erheben wir personenbezogene Daten, die für Ihre medizinische Betreuung und die Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlich sind.

Hierzu zählen insbesondere:

- Name, Anschrift, Geburtsdatum
- Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
- Gesundheitsdaten (Befunde, Diagnosen, Therapien, Medikation)
- Abrechnungsdaten (Krankenkasse, Versichertennummer sowie Bankverbindung)

3. Zweck der Datenverarbeitung:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zu folgenden Zwecken:

- Zur Durchführung und Dokumentation medizinischer Behandlungen
- Zur Abrechnung der erbrachten Leistungen mit Ihnen oder Ihrer Krankenkasse
- Zur Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten
- Zur Kommunikation mit anderen behandelnden Ärzten oder Krankenhäusern, sofern dies für Ihre Behandlung notwendig ist

4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der folgenden Rechtsgrundlagen:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen)
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (medizinische Zwecke)

5. Weitergabe Ihrer Daten:

Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur, wenn dies für die Erfüllung unserer vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten erforderlich ist oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben. Zu den Empfängern Ihrer Daten können insbesondere gehören:

- Andere behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser
- Krankenkassen
- Abrechnungsstellen
- Externe Dienstleister, die für uns tätig sind (z.B. IT-Dienstleister)

6. Dauer der Speicherung:

Ihre personenbezogenen Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist oder wir gesetzlich zur Aufbewahrung verpflichtet sind.

7. Ihre Rechte:

- Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten
- Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen
- Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten zu verlangen, sofern dem keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen
- Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen
- Sich bei einer Aufsichtsbehörde über die Datenverarbeitung zu beschweren

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen habe und in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einwillige.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)

Anmeldeformular

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Physiotherapie!

Wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben. Damit wir Sie bestmöglich behandeln können, bitten wir Sie, das folgende Formular sorgfältig auszufüllen:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift : _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Gesetzlich versichert ☐ ja ☐ nein Privat versichert ☐ ja ☐ nein

Zuzahlungsbefreit : ☐ ja ☐ nein Beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen. Bitte unterzeichnen Sie zusätzlich die beiliegenden Dokumente: Datenschutzvereinbarung, und/oder Honorarvereinbarungen. Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam vor der Unterzeichnung zur Verfügung.

1. Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge)

Die Praxis rechnet direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.

Zuzahlung GKV-Versicherte: Sie zahlen einen Eigenanteil von 10 € plus 10 % der Therapiekosten Ihrer Heilmittelverordnung. Der Betrag ist ab der ersten Behandlung in bar oder per Karte zu zahlen.

Gewünschte ergänzende Leistungen, die über die ärztliche Verordnung hinausgehen, werden in einer separaten Honorarvereinbarung festgehalten und als Selbstzahlerleistung erbracht. Die Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.

2. Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler:innen

Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der beiliegenden Honorarvereinbarung.

Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen – unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung.

3. Terminregeln und Ausfallgebühr

Die Praxis ist als Bestellpraxis organisiert – jeder Termin wird exklusiv für Sie reserviert. Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ausfallgebühr: Bei späterer Absage oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen. Das Ausfallhonorar orientiert sich an der vereinbarten Vergütung (Honorarvereinbarung) bzw. an der gesetzlichen Vergütung Ihrer Krankenkasse (auf Anfrage).

Die Praxis informiert Sie rechtzeitig, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)