



männlich

weiblich

divers

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Beruf:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

E-Mail-Adresse:

Telefon mobil:

Telefon privat:

Name Ihrer Krankenversicherung:

Art Ihrer Krankenversicherung:

gesetzlich

privat

befreit von Zuzahlungen
inkl. Nachweis:

ja

nein

Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, ist eine Zuzahlung nach § 32 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 61 Satz 3 SGB V vom Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen einzuziehen und gegenüber dem Versicherten gem. § 61 Satz 4 SGB V zu quittieren.

Die pauschale Zuzahlung je Verordnungsblatt ist regelmäßig bei der ersten Behandlung durch den Zugelassenen einzuziehen. § 43 b SGB V bleibt unberührt.

Hiermit nehme ich das in der Praxis geltende Honorar für physiotherapeutische Leistungen zur Kenntnis und stimme zu.

Mir ist bekannt, dass, sofern ich einen Termin nicht einhalten kann, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

Der Daten- und besonders der Patientenschutz sind für uns sehr wichtig!

In unserer Praxis werden die Patientendaten zu Dokumentationszwecken für eventuelle Weiterbehandlungen und Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert

Datum

Unterschrift



Einwilligung zur Datenspeicherung und Weitergabe an Dritte

Hiermit erteile ich der obengenannten Praxis für die vollständige Behandlungszeit die Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenweitergabe an Dritte

Name, Vorname, Adresse

Geburtsdatum

ggf. gesetzlicher Vertreter

Für einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis speichern und verarbeiten wir notwendige Daten und arbeiten mit Drittanbietern zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die genannten Stellen weitergeleitet. Sie werden benötigt zur Abrechnung, zur Mitbehandlung zur Weiterbehandlung durch Beidl Physiotherapie oder zur sicheren Handhabung Ihrer Behandlungstermine. Von der Speicherung und Übermittlung betroffenen Daten sind:

Name, Adresse, Erreichbarkeit (mobil / Festnetz / E-Mail), Kostenträger, Diagnose, Behandlungsdatum sowie erbrachte Therapiemaßnahmen. Des weiteren erlauben wir die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, Befunde und Therapieverläufe an Beidl Physiotherapie ab 01.08.2021

der Krankenversicherung: _____

dem Abrechnungsinstitut: Optica, DMRZ, Optadata der

Praxissoftware: DMRZ, Therapie, Theorg

Beidl Physiotherapie zur Weiterbehandlung nach Praxisübergabe

dem Verordner / Arzt: Hausarzt / Facharzt / Zahnarzt

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich die Einwilligung zu jeder einzelnen Position ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der jeweilige Widerruf hat in schriftlicher Form (Formular) in der Praxis zu erfolgen.

Ort / Datum

Unterschrift