

## Patienteninformation nach Patientenrechtegesetz §630c BGB

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bitte erscheinen Sie **pünktlich** zu den vereinbarten Terminen, auch wenn für Sie eine kurze Wartezeit entstehen könnte.

### Terminabsage durch den Patienten:

- Eine Absage muss **spätestens 24 Stunden** vor der Behandlung erfolgen.
- Absagen können entweder direkt in der Praxis oder telefonisch und über den Anrufbeantworter erfolgen.
- Absagen von Montagsterminen spätestens sonntags über Anrufbeantworter.
- Absagen per Email sind **nicht** möglich und haben somit **keine Gültigkeit**.
- Wird der Termin **kurzfristig** oder **gar nicht** abgesagt, wird Ihnen dieser **privat** in Rechnung gestellt. Die versäumte Behandlung kann später nachgeholt werden.
- Die Höhe der Ausfallgebühr beträgt **25,00 Euro** für **Einzeltermine** (20 min).
- Eine Abrechnung von versäumten bzw. nicht rechtzeitig abgesagten Terminen über das uns **vorliegende Rezept** ist widerrechtlich und erfüllt den Tatbestand eines **Betruges**.

### Terminabsagen durch die Praxis:

- Bei Absagen unsererseits (z. B. im Krankheitsfall des Therapeuten) **bemühen** wir uns, die Therapie durch einen Kollegen/Kollegin weiterzuführen. Infolgedessen kann ein kurzfristiger Therapeutenwechsel möglich sein, sichert allerdings den nahezu lückenlosen Therapieablauf.

### Zuzahlungen gesetzliche Versicherung

- Gesetzlich Versicherte **müssen** eine gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung für Heilmittel leisten. Sie besteht aus einer Rezeptgebühr von 10€ pro Verordnung und einem prozentualen Anteil von 10% des Rezeptwerts. Diese Zuzahlung ist spätestens zur **zweiten** Behandlung zu bezahlen.
- Versicherte, die von dieser Zuzahlung befreit sind, **legen bitte ihren Befreiungsausweis vor**.

### Privatpatient:

- Als Privatpatient erhalten Sie eine Rechnung von uns. Sie zahlen die Rechnung an die Praxis und legen Sie Ihrer Krankenversicherung zur Erstattung vor.
- Beachten Sie: Nicht immer übernimmt Ihre private Kasse den kompletten Rechnungsbetrag. Je nach Versicherungsbedingungen Ihres PKV-Vertrages kann die Erstattung begrenzt oder sogar ausgeschlossen sein. Klären **Sie** daher vorab die Kostenübernahme.

Hiermit bestätige ich (Patient), dass ich von meinem Therapeuten in verständlicher Weise umfassend über die Behandlung aufgeklärt wurde. Bei auftretenden gesundheitlichen Störungen werde ich Arzt und Therapeut umgehend informieren. Ich stimme einer Behandlung zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel und Unterschrift Therapeuten

**bitte wenden!**

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die **Praxis für Physiotherapie Volker Fryer und Stefanie Schöder** 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. Zu diesen Zwecken können die Daten weitergeleitet und übermittelt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke meine personenbezogenen Daten unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit widerrufen kann. Die Verweigerung bzw. Widerrufung haben zur 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. Der Widerruf ist zu richten an Praxis Freyer und Schöder, Rosental 8, 38114 Braunschweig. 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.
- dass auf Grund der baulichen Gegebenheiten in unserer Praxis sowohl in der Anmeldung als auch in den Behandlungsräumen / -kabinen Gespräche von Dritten gehört werden können.

Den Aushang „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift