

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 sowie präventive Leistungen zur Kenntnis und stimme ihnen 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 mit **15,00 € je angefangene 20 Minuten** in Rechnung gestellt werden.

Der Daten- und besonders der Patientenschutz sind für uns sehr wichtig!  
In unserer Praxis werden die Patientendaten zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert.  
Bitte beachten Sie die folgenden Erläuterungen und unterzeichnen Sie diese zusätzlich!

\_\_\_\_\_  
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 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.**

- der Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_
- dem Abrechnungsinstitut:** **Optica, Dr. Güldener GmbH**
- der Praxissoftware:** **iPrax System & inShape Management**
- dem Mitbehandler:** \_\_\_\_\_
- 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**