



Patientenaufnahme

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Versicherter: _____

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Vor Behandlungsbeginn sind wir verpflichtet, Sie auf folgende Punkte aufmerksam zu machen:

1) Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden.

Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. H DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen, bzw. Ihrer Krankenkasse. Die Abrechnung wird dabei von der Severins GmbH oder der Opta Data Abrechnungs GmbH vorgenommen, mit welchen wir Auftragsdatenverarbeitungsverträge geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diese Dienstleister sicher sind.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Maßnahmen zu verlangen.

Verantwortlich im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO:

Physiotherapie Henrichenburg by Funk GbR
Christin Störmer & Michael Müller
Lambertstr. 6

44581 Castrop-Rauxel

Datenschutzbeauftragter:

Streit GmbH
Lahnstraße 27



64625 Bensheim

2) Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung mit der

Severins GmbH
Am Lippeglacis 16

46483 Wesel

und der

Opta Data Abrechnungs GmbH Essen
Berthold-Beitz-Boulevard 514

45141 Essen

zusammen.

Die Abrechnungsstellen unterliegen, wie wir selbst und unser Personal, den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Unsere Honorarforderung treten wir lt. Behandlungsvertrag an die Abrechnungsstellen ab. Das bedeutet, dass die Abrechnungsstellen in unserem Auftrag die Rechnung erstellen und unsere Honorarforderung einziehen.

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis gemäß Datenschutzgesetz, die zur Rechnungsstellung durch EDV, zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an die o.g. Abrechnungsstellen zu übermitteln. Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen, die dazugehörigen Diagnosen, sowie den Namen, die Adresse, die Versicherungsnummer und das Versicherungsunternehmen.

Die Einwilligung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

3) Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen **Termin** nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher absagen** muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine **privat**, in Höhe der Vergütungsregelung, **in Rechnung gestellt werden (§ 615 BGB)**.

4) Lt. Gesetzgeber sind alle gesetzlich versicherten Patienten verpflichtet, einen Eigenanteil zu jedem Rezept zu entrichten. Dieser Eigenanteil ist **vor Beginn** der Behandlung fällig.

Wir bitten um Verständnis, dass wir die Behandlung nicht aufnehmen können, wenn die Zahlung nicht erfolgt ist. Sollte die Behandlung durch uns begonnen worden sein, so behalten wir uns das Recht vor, diese bei Nichtzahlung abzubrechen.

5) Privatpatienten weisen wir darauf hin, dass unsere Abrechnungsstelle eine monatliche Abrechnung für durchgeführte Termine erstellt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die vorstehenden Erklärungen verstanden zu haben und diesen uneingeschränkt zustimme.

Ort, Datum

Unterschrift