

# Physioteam Klasen

Stephan Klasen  
Ellesdorfer Str. 7a  
53179 Bonn



## Anmeldung zur Behandlung

Name: .....

Telefon Privat: .....

Vorname: .....

Telefon Mobil: .....

Geburtsdatum: .....

E-Mail: .....

Straße, Hausnr.: .....

Krankenkasse: .....

PLZ Wohnort: .....

behandelnder Arzt: .....

**Versicherungsstatus:**  gesetzlich versichert  
 zuzahlungsbefreit

privat versichert  private Leistung  
 Beihilfe versichert  Berufsgenossenschaft

### Zahlung und Terminabsagen

Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher persönlich oder telefonisch absagen.

Sage ich einen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir der jeweilige Bruttobetrag gemäß § 615 BGB privat in Rechnung gestellt wird. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der Praxis liegt, trage ich diese selbst.

Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenkassen oder Beihilfestellen ersetzen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das rechts genannte Honorar an.

X.....

Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

### Haftung

Die Haftung der Praxis für Sach- und Vermögensschäden wird für Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

X.....

Unterschrift wie oben

### Datenschutz

Die heute umseitig abgedruckte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

X.....

Unterschrift wie oben

### Behandlungshonorar

Zahlungsbetrag bei gesetzlicher Versicherung: .....€

Honorar der gesetzl. Versicherung je Behandlung: .....€

Nur für Privatpatienten / Selbstzahler:

Leistung	Honorar
.....	.....€
.....	.....€
.....	.....€
.....	.....€

### Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber:

.....

X.....

Unterschrift wie oben

### Aufklärung und Einwilligung

Die Mitarbeiter der Praxis haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

**Insbesondere bin ich auf Folgendes hingewiesen worden:**

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

X.....

Datum / Unterschrift wie oben

## Information zum Datenschutz – Physio team Klases

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Nach dem Datenschutzrecht sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

### **1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Physio team Klases  
Stephan Klases  
Ellesdorfer Str. 7a  
53179 Bonn

#### **Datenschutzbeauftragter (extern):**

DATAprivat GmbH, Geschäftsführer: Rainer Horbach, Schönrather Straße 85, 52066 Aachen

### **2. Zwecke der Verarbeitung**

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zu dem Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen insbesondere in der Form der Abgabe von Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik). Zudem verarbeiten wir Ihre Daten im Rahmen von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, sofern Sie an diesen teilnehmen.

Unsere Praxis ist in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung). Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abgabe der Leistung aufzubewahren.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir behandeln alle Patienten- und Kundendaten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie bei gesetzlich Versicherten an das Abrechnungszentrum Abrechnungsstelle Mittelrhein für Physikalische Therapie, Clemens-August-Str. 5, 53115 Bonn statt.

Sofern Sie bei uns Geräte der Firma eGym benutzen, werden zudem personenbezogene Daten an die eGym GmbH, Einsteinstraße 172, 81677 München weitergegeben.

Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzte und gesetzliche Krankenkassen sind wir im Falle von Krankenbehandlungen gesetzlich verpflichtet. Die Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Krankenkassen und unsere Patienten sind bei unterschiedlichen Kostenträgern versichert. Die Inanspruchnahme des Abrechnungszentrums erlaubt uns, den Vorgang der Abrechnung stark zu vereinfachen, damit mehr Zeit für Sie und die Therapie verbleibt. Sind Sie nicht einverstanden, dass wir zur Abrechnung auch Ihrer Therapie Ihre Daten an das Abrechnungszentrum weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen.

### **4. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung**

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr. 1 a und b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

### **5. Auskunft**

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Deren Kontaktdaten lauten: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf; Tel: 0211384240

## Einwilligungserklärung für den Erhalt von E-Mail durch die Praxis

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis mich per E-Mail an die Adresse kontaktiert, welche umseitig von mir eingetragen wurde. Insbesondere werde ich an diese E-Mail-Adresse Rechnungen und organisatorische Mitteilungen zu meiner Therapie erhalten. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einwilligung freiwillig abgebe, hierzu in keiner Weise verpflichtet bin und diese jeder Zeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxisleitung widerrufen kann. Die Einwilligung gilt als für unbestimmte Zeit erteilt. Sollten ich der Praxis diese Einwilligung nicht erteilen – ganz gleich aus welchem Grund – oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, hat dies keine Auswirkungen auf das zwischen mir und der Praxis bestehende Patientenverhältnis. Insbesondere erfolgt kein Therapieabbruch oder ähnliches, falls ich der Praxis diese Einwilligung nicht erteile oder diese später widerrufe.

---

Datum, Unterschrift