



## Anmeldung zur Behandlung

Nachname: .....

Telefon Privat: .....

Vorname: .....

Telefon Mobil: .....

Geburtsdatum: .....

E-Mail: .....

Straße, Hausnr.: .....

Krankenkasse: .....

PLZ, Wohnort: .....

behandelnder Arzt: .....

**Versicherungsstatus:**

privat versichert

Beihilfe versichert

private Leistung

**Zahlung und Terminabsagen:**

Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder persönlich absagen. Mir ist bekannt, dass Heilbehandlungen ernst zu nehmen sind.

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. 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 und -weitergabe:**

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

X .....

Unterschrift wie oben

**Behandlungshonorar**

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

# Informationen zum Datenschutz

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

Marc Hauser  
Privatpraxis  
Sektoraler Heilpraktiker  
Physiotherapeut & präv. Osteopathie  
In den Weinäckern 12 | 69168 Wiesloch

## 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 Gesundheitsförderung sowie Wellness, sofern Sie an diesen teilnehmen. 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 an andere Personen oder Stellen findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

## 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:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Königstraße 10a, 70173 Stuttgart