

Unser Praxisteam Schuhbeck&Partner heißt Sie willkommen!

Anmelde- und Aufklärungsbogen.

Alle Informationen unterliegen dem Datenschutz und der Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon mobil: _____ Telefon privat/geschäftlich: _____

Versicherung: _____ Privat: Beihilfe? ja nein

Um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie vor Beginn Ihrer Behandlungen mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

Sie haben die Möglichkeit, einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei zu verschieben oder abzusagen. Montagstermine müssen bereits am Freitag storniert werden. Kurzfristig abgesagte Termine stellen wir pro Behandlungseinheit privat in Rechnung. Diese Regelung gilt auch im Falle höherer Gewalt (§615,304 BGB).

Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte ist vor der Behandlung in bar oder per EC- Karte zu zahlen. Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben.

Die Dauer einer gesetzlichen Behandlung ist in der Regel 15 -20 Minuten, Sie haben die Möglichkeit, diese auf privater Kostenbasis um 10 oder 20 Minuten zu verlängern. Bitte geben Sie uns vor der Terminvereinbarung Bescheid.

Bitte bringen Sie zur Behandlung ein Laken/ Badetuch mit.
Ihre Behandlung beginnt 10 Minuten nach der ausgedruckten Uhrzeit.

Datenschutz:

Sie gestatten der o.g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. (Ggf. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, soweit gemäß Artikel 37 Datenschutz- Grundordnung erforderlich):

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistungen erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber.

Nach § 630, f Abs.3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Datum Unterschrift Patient/in (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)