

**Patienteninfoblatt WAHL-/PRIVATPATIENTINNEN**

Patientenname: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Postwurfsendung  Flyer  persönliche Empfehlung  Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Fragen zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand:**

- |  |      |        |
|--|------|--------|
| • Nehmen Sie Medikamente?  | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Kunstgelenke (Hüfte, etc.) oder andere Metalle im Körper?          | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Gefühlsstörungen in den Armen und Beinen?                          | 0 ja | 0 nein |
| • Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber über 38 Grad?                         | 0 ja | 0 nein |
| • Nur für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?                                | 0 ja | 0 nein |
| • Hatten Sie Probleme mit Ihrem Herz (Infarkt, Angina pectoris)?               | 0 ja | 0 nein |
| • Sind Ihnen Schilddrüsenprobleme bekannt?                                     | 0 ja | 0 nein |
| • Gibt es durchgeführte Operationen / Narben?                                  | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Probleme mit Ihren Gefäßen (Thrombose, Bypass, etc.)?              | 0 ja | 0 nein |
| • Leiden Sie unter Asthma / Allergien / Unverträglichkeiten / Schlafstörungen? | 0 ja | 0 nein |

**Organisatorisches:**

- **Bitte bringen Sie zu Ihrer Behandlung ein Leintuch oder ein großes Badetuch mit! DANKE.** Lang vergessene Badetücher werden an karitative Einrichtungen weiter gegeben.
- Bitte bringen Sie vorhandene, die Therapie betreffende, **Röntgenbilder, Bilder einer Computertomografie (CT), oder Magnetresonananzuntersuchung (MR) sowie aktuelle Befunde** bei der nächsten Therapieeinheit mit.
- **Die erste Therapieeinheit dient hauptsächlich zur genauen Befunderhebung (45 min)!**

**Ich erkläre, in Kenntnis der nachstehenden Bestimmungen zu sein und diese verpflichtend zur Kenntnis zu nehmen:**

- Die Therapieeinteilung erfolgt erst nach ärztlicher Zuweisung; „präventive“ (vorbeugende) Behandlungen haben keinen Anspruch auf Kostenzuschuss der Krankenkassen (wie z.B. Osteopathie, Ernährungsberatung, APM, etc.), eine ärztliche Verordnung für diese Art von Privatleistungen ist jedoch aus rechtlichen Gründen erforderlich.
- **Eine Therapieeinheit kostet bis zu 30 min EUR 50,00, bis zu 45 min EUR 70,00, bis zu 60 min EUR 90,00 und bis zu 75 min EUR 110,00.**
- Ich nehme die derzeit gültigen Behandlungstarife zur Kenntnis, dies gilt auch für die Verrechnungsmodalitäten mit meiner Sozialversicherung wie auch hinsichtlich von einem von mir zu tragenden **Selbstbehalts**.
- **Eine Therapieabsage hat spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin zu erfolgen, da mir ansonsten die Kosten für die Therapie voll verrechnet werden. Für versäumte Termine ist keine Rückvergütung mit den Kassen möglich!**
- Die Rechnungen und Honorarnoten sind innerhalb von 10 Tagen nach Zugang abzugsfrei zur Anweisung zu bringen.
- **Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu (Email, Fax).**
- **Ich stimme der Durchführung der ärztlichen verordneten Behandlungsmaßnahmen zu.**
- Ich wurde über das Ergebnis des physiotherapeutischen Befundes, über die Art und Ablauf der Behandlungen, über mögliche **Behandlungsrisiken**, mögliche Begleiterscheinungen der Behandlungen und die **Wichtigkeit der Mitarbeit zum gewünschten Behandlungserfolg aufgeklärt.**
- Die Praxis haftet nicht für mitgebrachte Gegenstände und Wertsachen.
- Ich hafte für vorsätzliche und grob fahrlässige Beschädigungen der Praxiseinrichtungen.
- Im Sinne des § 104JN wird für den Fall von Streitigkeiten als ausschließlicher Gerichtsstand das Bezirksgericht Salzburg vereinbart.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung Datenverarbeitung**

Ich bin einverstanden, dass durch die Physiotherapiepraxis Tanja Eisner-Hocevar meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die auf der Vorderseite angegebene Adresse.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich gegebenenfalls über Terminverschiebungen oder bei auftretenden Fragen etc.

- telefonisch    - per SMS        - per Whatsapp/Telegramm o.ä.        -per Email  
kontaktiert werden kann. (Unzutreffendes bitte streichen!)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_