

Physiotherapie / Osteopathie / Heilpraktik

Peter Schulze-Bramey

Industriestraße 17
45739 Oer-Erkenschwick
Tel. 02368-52263



Praxisanmeldung Patient

Name _____

Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. dienstl. _____

Tel. mobil _____

Email _____ Newsletter: ja nein

Krankenversicherung: _____

Gesetzl. privat Zusatzvers. Beihilfefähig

Hausarzt _____

Waren Sie schon bei uns in Behandlung? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Mir ist bekannt, daß ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen spätestens 24 Std. vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert, dass mir unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine, gleich welcher Begründung, in voller Höhe in Rechnung gestellt werden. Ihre Patientendaten werden zu Abrechnungszwecken in der EDV verwendet und gespeichert (siehe Einwilligung).

Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten



Hiermit erteile ich

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb. Datum: _____

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers/Physiotherapeuten:

Praxis Osteopathie - Naturheilkunde - Physiotherapie
Peter Schulze-Bramey
Industriestrasse 17 - 45739 Oer-Erkenschwick

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befundung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie zur Erfüllung des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags (Abrechnung, Rechnungszustellung, etc.) erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir Termine und/oder Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail von der oben genannten Praxis erhalte, sofern ich das wünsche - elektronisch übermittelt werden.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Patientin / Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Praxis Osteopathie - Naturheilkunde – Physiotherapie
Peter Schulze-Bramey
Industriestrasse 17 - 45739 Oer-Erkenschwick
www.osteopathie-erkenschwick.de