impulse
Therapiezentren für Manuelle Therapie
Prävention und Rehabilitation

Anmeldeformular

Nachname		
Vorname		
Geburtstag		
PLZ /Wohnort		
Straße /Hausnummer		
E-Mail		
Telefon privat		
Mobiltelefon		
Versicherung		☐ **Gesetzlich** ☐ **Privat**

Wir bitten Sie, folgende Vereinbarung zu lesen und zu bestätigen:

- Der Termin muss bei Verhinderung **mindestens 24 Stunden vorher abgesagt** werden (für abgesagte Termine nach Sonn- und Feiertagen mindestens **48 Stunden** vorher).
  Sofern kein Ersatzpatient den Termin wahrnimmt, wird dieser zum Kassentarif oder entsprechend der Privatsätze der Praxis Impulse in Rechnung gestellt (bitte dokumentieren Sie Ihre Absage für evtl. Rückfragen). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kosten eines solchen Termins nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.
- Zwischen den Behandlungsterminen dürfen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht mehr als **14 Tage** liegen (gilt nur für Rezepte der gesetzlichen Krankenkassen).
- Bitte melden Sie sich **10 Minuten** vor der jeweiligen Behandlung an der Rezeption.
- Die Patientendaten werden EDV-organisatorisch gespeichert und von der Praxis Impulse praxisintern genutzt. Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte dem Aushang zum Datenschutz und der Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung.
- Der Patient hat sich freiwillig für die Behandlung in der Praxis entschieden.
- Für gesetzlich versicherte Patienten fällt in der Regel eine gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung zu den Behandlungskosten an. Diese wird von der Praxis nach dem Einreichen Ihres Rezeptes berechnet. Sofern Sie Ihre Rezeptleistungen vorzeitig abbrechen, haben Sie das Recht auf eine anteilige Rückerstattung Ihrer Zuzahlung.
  Diese muss von Ihnen in der Praxis schriftlich eingefordert werden.

Oben genanntes habe ich gelesen und bestätige dieses mit dem heutigen Datum, meinem Namen/meiner Unterschrift und der Absendung dieses Formulars an die Praxis Impulse (Pflichtfeld)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hiermit erteile ich der Praxis Impulse die ausdrückliche Genehmigung, meine oben genannte E-Mail Adresse zwecks Terminbestätigungen und für unseren kostenlosen Gesundheitsnewsletter nutzen zu dürfen. Diese Genehmigung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Nachname		
Vorname		
Geburtstag		
PLZ /Wohnort		
Straße /Hausnummer		
E-Mail		
Telefon privat		
Mobiltelefon		
Versicherung		☐ **Gesetzlich** ☐ **Privat**

Ich erteile meine Einwilligung, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrags, Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, therapeutische Dokumentation, Erstellen von Behandlungsberichten. 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 den oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen des vorstehenden genannten Zwecks 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 oder 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 und die Richtigkeit zu überprüfen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über 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:
Praxis Impulse, Werner-Bock-Str. 20, 33602 Bielefeld
Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr mehr zu brachten 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.

Den **‚Aushang Patienteninformation zum Datenschutz'** habe ich gelesen und verstanden.

Oben genanntes habe ich gelesen und bestätige dieses mit dem heutigen Datum, meinem Namen/meiner Unterschrift und der Absendung dieses Formulars an die Praxis Impulse.

Datum: _____ Unterschrift: _____