



## Einwilligung in die Datenverarbeitung

		<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> 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 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:



5. Es gelten folgende Vergütungssätze:

**Physiotherapie:**

<b>Diagnostiktermin mit Befunderhebung, Untersuchung und Erstbehandlung</b> (Durchführung über sektorale Heilpraktiker Erlaubnis)*	<b>€ 69,00</b>
<b>Manuelle Therapie</b>	<b>€ 37,00</b>
<b>Manuelle Therapie in Doppelbehandlung</b>	<b>€ 74,00</b>
<b>Krankengymnastik am Gerät</b>	<b>€ 55,00</b>
<b>Krankengymnastik</b>	<b>€ 31,00</b>
<b>Krankengymnastik ZNS</b>	<b>€ 37,00</b>
<b>Krankengymnastik ZNS Kinder (U18)</b>	<b>€ 55,50</b>
<b>Krankengymnastik im Bewegungsbad</b>	<b>€ 39,00</b>
<b>Klassische Massagetherapie</b>	<b>€ 25,00</b>
<b>Warpackung Naturfango Teilbehandlung</b>	<b>€ 36,20</b>
<b>Warpackung Naturfango Großbehandlung</b>	<b>€ 47,80</b>
<b>Manuelle Lymphdrainage Teilbehandlung</b>	<b>€ 38,50</b>
<b>Manuelle Lymphdrainage Großbehandlung</b>	<b>€ 51,00</b>
<b>Manuelle Lymphdrainage Ganzkörperbehandlung</b>	<b>€ 77,00</b>
<b>Physiotherapeutische Erstbefundung</b>	<b>€ 16,50</b>
<b>Ärztlich abgeforderter ausführl. Bericht</b>	<b>€ 61,10</b>
<b>Radiofrequenztherapie mit INDIBA 10 Minuten (Elektrotherapie)</b>	<b>€ 10,00</b>
<b>Radiofrequenztherapie mit INDIBA 20 Minuten (Elektrotherapie)</b>	<b>€ 37,00</b>

**Logopädie:**

<b>Logopädische Erstdiagnostik</b>	<b>€ 111,00</b>
<b>Logopädische Bedarfsdiagnostik</b>	<b>€ 55,50</b>
<b>Logopädische Einzeltherapie (30 Minuten)</b>	<b>€ 55,50</b>
<b>Logopädische Einzeltherapie (45 Minuten)</b>	<b>€ 81,00</b>
<b>Logopädische Einzeltherapie (60 Minuten)</b>	<b>€ 105,00</b>
<b>Logopädische Gruppentherapie (40 Minuten)</b>	<b>€ 61,20</b>
<b>Logopädische Gruppentherapie (90 Minuten)</b>	<b>€ 111,20</b>

**Ergotherapie:**

<b>Funktionsanalyse - Erstgespräch</b>	<b>€ 45,00</b>
<b>Motorisch Funktionelle Einzeltherapie</b>	<b>€ 48,00</b>
<b>Sensomotorisch-perzeptive Einzeltherapie</b>	<b>€ 64,00</b>
<b>Psychisch-funktionelle Einzeltherapie</b>	<b>€ 84,00</b>
<b>Hirnleistungstraining Einzeltherapie</b>	<b>€ 54,00</b>

**Osteopathie:** € 115,00

**Hausbesuch Privat:** € 22,50

**Hausbesuch Heim:** € 18,00

Die Vergütungssätze für weitere, nicht aufgeführte Leistungen erfragen Sie bitte in der Praxis.

\*Aufgrund der eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapie ist der Behandler/Untersucher zur Durchführung der Maßnahme auch ohne eine entsprechende ärztliche Verordnung legitimiert (Erstkontaktberechtigt). Alle oben aufgeführten Leistungen können zu genannten Vergütungssätzen auch im Anschluss an unseren Diagnosetermin vom Behandler/Untersucher in seiner Funktion als sektoraler Heilpraktiker für den Bereich der Physiotherapie privat verordnet und anschließend über die Praxis Impulse durchgeführt werden. Eine Erstattung der Leistungen durch eine private Krankenversicherung oder einer privaten Zusatzversicherung ist damit möglich.

Die Behandlungspreise, die Patienteninformation und die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich auf Wunsch erhalten.

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

Datum:

Unterschrift:

**Rechnung per Post**

(Sie wünschen sich Ihre Rechnung über den Postweg zu erhalten? Bitte kreuzen Sie hierfür das Ausfüllfeld an. Bitte beachten Sie auch, dass wir in diesem Fall eine Bearbeitungs- und Portogebühr in Höhe von 2€ berechnen müssen. Sofern kein Häkchen gesetzt wird, senden wir Ihre Rechnung bequem, kostenfrei und umweltschonend per Email an die von Ihnen angegebene Mailadresse).

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?