

HERZLICH WILLKOMMEN BEI PRO PHYSIO

Anmeldung Privatpatienten

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb.Datum: _____ **Krankenversicherung:** _____

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Tel.Nr.: _____ **Handy-Nr.:** _____

E- Mail Adresse: _____

Bitte beachten Sie folgende Informationen:

Unsere Preise berechnen sich aus dem 1,3 – 1,7 fachen Satz des Regelsatzes der GKV.
Die Honorarvereinbarung gilt unabhängig von der Erstattungspraxis der Kostenträger.
Die Preise bei Pro Physio für aktive und passive Therapien:

Aktive Therapie:		Passive Therapie:	
Manuelle Therapie	60,10 € (1,8)	Elektrotherapie	12,66 € (1,6)
Krankengymnastik	50,04 € (1,8)	Ultraschall	22,- € (1,6)
Krankengymnastik am Gerät	83,76 € (1,6)	Traktionsbehandlung	14,58 € (1,8)
Krankengymnastik Neuro	79,47 € (1,8)	Kältetherapie	17,94 € (1,6)
Krankengymn. Kinder Neuro	77,27 € (1,4)	Fango/Naturmoor	24,26 € (1,6)
Krankengymnastik Muco	133,49 € (1,6)	Wärmetherapie	11,15 € (1,6)
Massage	40,58 € (2,0)	Heiße Rolle	20,21 € (1,6)
Lymphdrainage 30 Min.	60,75 € (1,8)	Hausbesuch inkl. Wegegeld	38,47 € (1,8)
Lymphdrainage 45 Min.	91,08 € (1,8)	Hausbesuch in Einrichtung	22,77 € (1,8)
Lymphdrainage 60 Min.	121,46 € (1,8)	Inhalation	18,53 € (1,6)
Bandagierung	34,40 € (1,6)	Therapiebericht	nach Bedarf
Bindegewebsmassage	43,87 € (1,8)	+ Kopien	
		+ Auslagen	

Für zusätzliche bürokratische Aufwendungen werden Ihnen folgende Kosten in Rechnung gestellt.

Portokosten:	1,50 €
Kopie:	1,50 €
Terminjahresübersicht:	2,50 €
Arbeitgeberbescheinigung:	2,50 €
Befund/Dokumentationsauszug:	5,00 €
Sonstiger Mehraufwand:	nach Bedarf

Aus aktuellem Anlass berechnen wir pro Behandlung eine Hygienepauschale von 1,50 €.

Das Zahlungsziel beträgt 14 Tage nach Rechnungsstellung.

Sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen diesen Termin berechnen.

Mit den oben aufgeführten Privathonoraren bin ich einverstanden.

Diese Vereinbarung gilt bis auf Widerruf auch für alle zukünftigen Verordnungen.

Wir arbeiten mit Creditreform Stuttgart Strahler GmbH zusammen.

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von
Herr / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Pro Physio GbR 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:

Praxis	Pro Physio Bietigheim GbR
Straße	Borsigstraße 6
Postleitzahl, Ort	74321 Bietigheim-Bissingen

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.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift