



**HERZLICH
WILLKOMMEN BEI
PRO PHYSIO**

Anmeldung Beihilfepatient

Bitte beachten Sie folgende Informationen:

Die Preise bei Pro Physio für aktive und passive Therapien:

Aktive Therapie:

| | |
|---------------------------|---------|
| Manuelle Therapie | 45,06 € |
| Krankengymnastik | 40,58 € |
| Krankengymnastik am Gerät | 63,32 € |
| Krankengymnastik Neuro | 54,57 € |
| Krankengymn. Kinder Neuro | 65,07 € |
| Krankengymnastik Muco | 92,22 € |
| Massage | 32,12 € |
| Lymphdrainage 30 Min. | 47,62 € |
| Lymphdrainage 45 Min. | 63,78 € |
| Lymphdrainage 60 Min. | 79,95 € |
| Bandagierung | 25,13 € |

Passive Therapie:

| | |
|------------------------------|---------|
| Elektrotherapie | 13,51 € |
| Ultraschall | 17,71 € |
| Traktionsbehandlung | 14,17 € |
| Kältetherapie | 18,71 € |
| Fango/Naturmoor | 21,70 € |
| Wärmetherapie | 12,73 € |
| Heiße Rolle | 19,48 € |
| Hausbesuch inkl. Wegegeld | 25,58 € |
| Hausbesuch in e. Einrichtung | 15,50 € |
| Therapiebericht nach Bedarf | |
| + 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 |

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.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

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.
- Ich bin damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecke Bilddateien für interne Befundung in der Therapie Software hinterlegt werden.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

datenschutzbeauftragter@praxis-prophysio.de

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.

Datum: DatumKurz

Unterschrift: Vers.Vorname Vers.Nachname

System.Elektr. Signatur