

Anmeldung Physiotherapie CMD

<u>Patient:</u>	<u>Erziehungsberechtigter:</u> (Bitte den Erziehungsberechtigten eintragen, bei dem das <u>Kind versichert</u> ist.)
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Ort:	Ort:
Telefonnummer:	Handynummer:
E-Mailadresse:	E-Mailadresse:
Kinderarzt bzw. Hausarzt:	Krankenkasse:
Krankenkasse / Beihilfe / Postbeamten-KV:	Postbeamten-KV:

Wurden Sie schon einmal in unserer Praxis behandelt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ durch Empfehlung

☐ durch unsere Homepage

☐ durch soziale Medien (Facebook / Instagram)

Für gesetzlich Versicherte:

Rezeptgebühr: ☐ nicht befreit ☐ befreit
(Kinder sind zuzahlungsbefreit)

Sollten Sie nicht von der Rezeptgebühr befreit sein, denken Sie bitte bei der nächsten Behandlung an den von den Krankenkassen gesetzlich festgelegten Eigenanteil (Zuzahlung)

Die Höhe der Zuzahlung setzt sich zusammen aus 10% der Behandlungskosten (zzgl. 10,00 € Verordnungsgebühr).

Für Privatversicherte:

Bitte erkundigen Sie sich **vor Beginn der Behandlung** nach Ihrem Versicherungstarif und in welcher Höhe Ihre Versicherung Leistungen erstattet.

Bitte beachten Sie:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass mir unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 30 EURO in Rechnung gestellt werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass meine Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gespeichert und im Rahmen der Zweckbestimmung an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden.

Darf dem behandelnden Arzt ein Therapiebericht zu gesendet werden? ☐ Ja ☐ Nein

Soweit der Patient / die Patientin ein minderjähriges Kind ist, versichert der in die Behandlung einwilligende Elternteil, insoweit auch im Namen des anderen Elternteils zu handeln und versichert, dass dieser andere Elternteil ebenfalls mit der Behandlung einverstanden ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von:

Erziehungsberechtigte:

Anschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „XANTIS Therapie - Saskia und Team“ meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- ☐ die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke 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 nicht erfolgen 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 personenbezogenen 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:

XANTIS Therapie - Saskia und Team
z.H. Saskia Klinke
Minervastraße 37
46419 Isselburg

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 „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich (Name des Erziehungsberechtigten)

.....

für

.....

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten)

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termindaten, Kontaktdaten, Befunde, Newsletter, Rechnungen)

.....

.....

.....

durch die Praxis „XANTIS Therapie - Saskia und Team“

über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

☐ E-Mail an folgende Adresse:

.....

.....

☐ Sonstige:

.....

.....

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Liebe Patienten,
in unserer Praxis für Osteopathie und Physiotherapie legen wir großen Wert auf eine ganzheitliche Betreuung, die Ihre individuellen Bedürfnisse optimal berücksichtigt. Um dies bestmöglich zu gewährleisten, streben wir eine enge Zusammenarbeit und offenen Austausch mit Ihrem behandelnden Arzt oder Hebamme an.

Die Koordination zwischen unseren Therapeuten und Ihrem Arzt ermöglicht eine umfassende Betrachtung Ihrer Gesundheitssituation. Durch den Austausch von relevanten Informationen können wir gemeinsam sicherstellen, dass die angewandten osteopathischen oder physiotherapeutischen Maßnahmen genau auf Ihre medizinischen Anforderungen abgestimmt sind.

Um diesen Austausch zu ermöglichen, benötigen wir Ihre Einwilligung, um mit Ihrem behandelnden Arzt oder Hebamme in Kontakt treten zu dürfen.

Wir schätzen Ihre Gesundheitsgeschichte und arbeiten gerne Hand in Hand mit anderen medizinischen Fachkräften, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Entbindung der Verschwiegenheit

Ich Frau / Herr....., wurde innerhalb meiner physiotherapeutischen Behandlung eingehend befundet.

Um eine optimale Versorgung, eine maximale Behandlung gewährleisten zu können entbinde ich meinen Physiotherapeuten.....der Verschwiegenheit.

Ein Austausch mit Frau / Herrn Dr.....stimme ich zu.

Isselburg den.....

Unterschrift des Patienten.....



CMD- Fragebogen

- Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke
oder der Kaumuskeln? Ja ☐ Nein ☐
- Ist Ihre Mundöffnung eingeschränkt? Ja ☐ Nein ☐
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja ☐ Nein ☐
- Sind am Zungenrand Zahnabdrücke zu sehen? Ja ☐ Nein ☐
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne nicht gut aufeinander passen? Ja ☐ Nein ☐
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja ☐ Nein ☐
- Öffnet sich Ihr Mund gerade oder weicht das Kinn beim Öffnen
zur Seite ab? Ja ☐ Nein ☐
- Haben Sie einen schmerzhaft verspannten Nacken? Ja ☐ Nein ☐
- Haben Sie Zahnschmerzen, für die Ihr Zahnarzt keine Ursache
an den Zähnen feststellen kann? Ja ☐ Nein ☐
- Leiden Sie an Ohrgeräuschen oder Tinnitus? Ja ☐ Nein ☐
- Leiden Sie unter Schlafstörung? Ja ☐ Nein ☐
- Hatten Sie jemals einen Unfall mit anschließenden Beschwerden
an Kopf und Nacken? Ja ☐ Nein ☐