

Hülsmannstr. 6
45355 Essen
0201 / 75935070

Duisburger Str. 80
40479 Düsseldorf
0211 / 49769570



Einverständniserklärung gem. §73 ABS. 1B SGB V und nach DSGVO

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden,

- dass ich sowohl am Telefon, als öffentlich in der Praxis, mit vollem Namen angesprochen und aufgerufen werde.
- dass die Therapie&Sport Rhein-Ruhr GmbH meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte, z.B. Kostenträger, Abrechnungsstellen, ärztliche Kollegen, Therapeuten und Mitarbeiter der Praxis übermitteln darf.
- dass den oben genannten auch per Mail, Fax oder Telefon, sowie postalisch Daten übermittelt werden dürfen.
- dass mir Benachrichtigungen und Termine postalisch, per Mail oder telefonisch übermittelt werden dürfen.
- dass von mir angeforderte Dokumente (Befunde, Berichte, Gutachten, Dokumentationen etc.) an meine angegebene Adresse postalisch, per Mail oder Fax versendet werden dürfen.
- dass Personen aus meinem nahen Umfeld oder Leistungsbringer des Gesundheitswesens, z.B. Heime, Verordnungen an uns weiterleiten dürfen.
- dass Personen, die direkten Zugang zu meinem Telefon/Handy haben über Terminänderungen per Telefon informiert werden dürfen

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz/teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
Ich habe die Praxisinformation zum Datenschutz gelesen und zur Kenntnis genommen.**

Essen, _____ **Unterschrift** _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter: _____

Ausfallgebühr:

Zwischen der Praxis Therapie & Sport Rhein-Ruhr GmbH und Ihnen als Patienten wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Da die Praxis als Bestellpraxis geführt wird, ist jeder mit dem Patienten vereinbarte Termin ausschließlich für Sie reserviert. Aus diesem Grund sagen Sie bitte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin ab. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir Ihnen eine Rechnung in Höhe der jeweiligen Therapievergütung, wenn wir den Termin nicht mehr anderweitig vergeben können.

Unterschrift _____

Handtuchpflicht:

Bitte bringen Sie zu jedem Termin ein Handtuch in Ihrer Größe für die Liege mit. Andernfalls können Sie sich ein Handtuch in der Praxis gegen eine Gebühr von 1€ ausleihen. Diesen € spenden wir an „Ärzte ohne Grenzen“.

Unterschrift _____



Schweigepflichtentbindung

Zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich,

Name: _____

Anschrift: _____

die nachstehend genannten Personen untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen:

- **Alle Mitarbeiter der Therapie & Sport Rhein Ruhr GmbH**
- **meinen behandelnden Arzt**
- **Optica Abrechnungszentrum**
- **Den Kindergarten:** _____
- **Die Schule:** _____

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation.

Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie.

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte beachten Sie: Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.