

## Hinweise für neue Patienten

Herzlich willkommen in unserer Praxis – vielen Dank, dass Sie Physiotherapie Norderstedt Ihr Vertrauen schenken!

Unser wichtigstes Anliegen ist, dass die Therapie für Sie als Patient und uns als Praxis zufriedenstellend verläuft. Deswegen möchten wir Sie auf unsere „Spielregeln“ aufmerksam machen:

- Erstattung nicht abgesagter Termine  
Sie haben die Möglichkeit, jeden Behandlungstermin bis zu 24 Stunden im Voraus kostenlos abzusagen.  
Sollten Sie dies beispielsweise aus Krankheitsgründen oder wegen Urlaub, Überstunden oder Verkehrsproblemen versäumen, stellen wir Ihnen den ausgefallenen Termin in Höhe des Kassentarifs privat in Rechnung.
- Machen Sie es sich bequem: Kleidung und Handtuch  
Bitte bringen Sie zu jedem Termin bequeme Kleidung und ein frisches Badehandtuch mit. Sollten Sie Ihr Handtuch vergessen haben, stellen wir Ihnen gerne ein Handtuch für 1 Euro zur Verfügung.
- Pünktlichkeit lohnt sich!  
Bitte finden Sie sich rechtzeitig vor jedem Behandlungstermin in unserer Praxis ein. Wir versuchen Wartezeiten möglichst zu vermeiden. Sollten Sie zu spät zu Ihrem Behandlungstermin kommen, verkürzt sich Ihre Behandlungszeit entsprechend.
- Sicherstellung der Rezeptgültigkeit  
Die Statuten der gesetzlichen Krankenkassen erfordern einen Therapiebeginn spätestens 28 Tage nach der Rezeptausstellung. Zwischen einzelnen Behandlungsterminen dürfen normalerweise ebenfalls höchstens 14 Tage vergehen. Bitte beachten Sie diese Fristen, andernfalls verfallen die noch offenen Behandlungen.
- Speicherung und Verarbeitung Ihrer Patientendaten  
Aus Abrechnungsgründen müssen wir Ihre Patientendaten speichern und verarbeiten. Sie können diesem Vorgehen jederzeit widersprechen, allerdings kann die Behandlung in unserer Praxis dann leider nicht durchgeführt werden.

## Anmeldung für neue Privatpatienten

Herzlich willkommen bei Physiotherapie Norderstedt –  
bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Vielen Dank!

Privat       Beihilfe  (Bitte Entsprechendes ankreuzen)

## Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße + Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ + Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich/mobil

**Erstattung nicht abgesagter Termine**

Mir ist bekannt, dass ich Termine, die ich nicht einhalten kann,  
mindestens 24 Stunden im Voraus absagen muss. Andernfalls  
werden sie mir privat in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
Datum

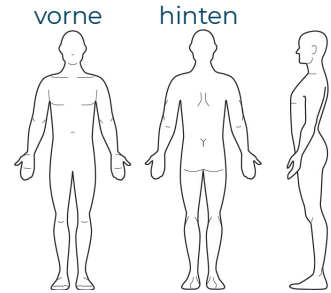
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Selbstauskunftsbogen für Patienten**

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihnen die beste Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir im Vorfeld einige Informationen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bitte informieren Sie Ihren Therapeuten, falls sich Ihr Gesundheitszustand während der Therapie ändern sollte. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patientenname		Datum	
Beruf		Alter	



1. Wo haben Sie Probleme? (bitte ins Körperschema einzeichnen)

2. Hat sich Ihre Sensibilität in Form von Kribbeln oder Taubheit verändert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Leiden Sie unter einem Kraftverlust?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Wie lange leiden Sie bereits unter Ihren Beschwerden?	_____
5. Gab es einen konkreten Auslöser Ihrer Beschwerden wie z.B. einen Unfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan auf einer Skala von 1 bis 10?	Bitte einkreisen.
Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz	
7. Leiden Sie unter Schmerzen beim Husten/Niesen/Pressen/Schlucken?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Leiden Sie unter Bluthochdruck oder Herzproblemen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit oder Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma oder Osteoporose?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Haben Sie in den letzten Wochen ungewollt abgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14. Litten Sie in den letzten Wochen an Fieber oder nächtlichem Schwitzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
16. Welche Maßnahmen zur Diagnostik wie Röntgen / MRT oder Therapie wie Spritzen / Physiotherapie oder Operationen wurden bisher durchgeführt?	Bitte einkreisen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet haben.

\_\_\_\_\_ Unterschrift

## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Elvan Salja 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, 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 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 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:

Physiotherapie Norderstedt Praxis Elvan Salja  
Segeberger Chaussee 36  
22850 Norderstedt

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.

Die **Patienteninformation zum Datenschutz** habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift