

Anmeldeformular Praxis Gläser

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Festnetz:

Mobil:

Dienstlich:

Email:

Krankenversicherung:

Gesetzlich:

Privat:

Beihilfe: ja nein Private Zusatzversicherung:

Zur Kenntnisnahme:

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt.

Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Können sie einen Termin nicht einhalten, sagen sie diesen bitte bis 24 Stunden vor der vereinbarten Zeit ab.

Nicht abgesagte Termine werden ihnen nach § 615 BGB privat in Rechnung gestellt. Die hierfür anfallenden Kosten richten sich nach dem Wert der entfallenen Anwendung. Die

Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Praxis Gläser finden sie im Wartebereich und auf der Internetseite der Praxis.

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von
Herrn / Frau

Anschrift:
.....

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis 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 Gläser Oberstraße 62-66 28195 Bremen

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.