Podologiepraxis Mike Schildhauer | Kurt-Schumacher-Str. 34
30159 Hannover | Tel. 0511/3506441

Mike Schildhauer
Praxis für Podologie
& Fußpflege

# Behandlungsanmeldung

Name :..... Vorname :.....

Str. / Hausnr. :..... PLZ / Wohnort :.....

Telefon Mobil :..... Telefon Festnetz :.....

E-Mail :..... Geburtsdatum :.....

Krankenkasse :..... Arzt :.....

## Versicherungsstatus :

☐ **gesetzlich versichert** ☐ **privat Versichert** ☐ **private Leistung**

☐ **zuzahlungsbefreit** ☐ **Beihilfe versichert** ☐ **Berufsgenossenschaft**

**Zahlung und Terminabsagen :**
Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher persönlich oder telefonisch (ggf. Anrufbeantworter oder E-Mail) absagen. Sage ich einen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir der jeweilige Bruttobetrag gemäß § 615 BGB privat in Rechnung gestellt wird. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht. Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum letzten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der Praxis liegt, trage ich diese selbst.

Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter, als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenkassen oder Beihilfestellen ersetzen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen sowie die Behandlungspreise gemäß Preisaushang an.

**Haftung**
Die Haftung der Praxis für Sach- und Vermögensschäden wird für Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung – auch in Bezug auf Mitarbeiter – für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

**Datenschutz**
Die heute umseitig abgedruckte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

**Aufklärung und Einwilligung**
Die Mitarbeiter der Praxis haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Trotz aller Sorgfalt bei der Behandlung kann es zu Stich- und Schnittverletzungen, Schürfwunden und Verbrennungen durch Behandlungsinstrumentarium sowie allergische Hautreaktionen durch Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte oder andere Materialien kommen. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

**Datum :.....** .....
Unterschrift Patient*in oder gesetzlicher Vertreter

Podologiepraxis Mike Schildhauer | Kurt-Schumacher-Str. 34
30159 Hannover | Tel. 0511/3506441

Mike Schildhauer
Praxis für Podologie
& Fußpflege

# Information zum Datenschutz – Podologiepraxis Schildhauer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Nach dem Datenschutzrecht sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

## 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

**Podologiepraxis Schildhauer**
Mike Schildhauer
Kurt-Schumacher-Str. 34
30159 Hannover

## 2. Zwecke der Verarbeitung

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zu dem Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen insbesondere in der Form der Abgabe von Heilmitteln. Zudem verarbeiten wir Ihre Daten im Rahmen von Angeboten der Kosmetik, sofern Sie an diesen teilnehmen. Unsere Praxis ist in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung). Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original.
Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abgabe der Leistung aufzubewahren.

## 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir behandeln alle Patienten- und Kundendaten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben. Zu der Datenweitergabe an Ärzte und gesetzliche Krankenversicherungen sind wir im Falle von Krankenbehandlungen gesetzlich verpflichtet.

## 4. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr. 1 a und b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

## 5. Auskunft

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Deren Kontaktdaten lauten:

**Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover**