

Herzlich willkommen!



Wir freuen uns, Sie bei uns zu begrüßen. Das gesamte WORK•LIFE PHYSIO-Team widmet sich von nun an mit all seinem Können und Wissen Ihrem Anliegen.

Bevor es losgeht, bitten wir Sie, die folgenden Hinweise zu beachten, und uns Ihre Kontaktdaten zu nennen. Denn falls wir, z. B. krankheitsbedingt, einmal einen Termin verlegen müssen, möchten wir Sie natürlich rasch und unkompliziert informieren.

Katharina Regel

Terminabsagen sind bis 24 Stunden vor dem betreffenden Termin möglich, anderenfalls sehen wir uns leider gezwungen Ihnen den Termin privat und zu kassenüblichen Gebühren in Rechnung zu stellen.

Nutzen Sie zur Kontaktaufnahme gern unseren Anrufbeantworter oder schreiben Sie uns kurz eine E-Mail an: kontakt@worklifephysio.de.

Persönlich erreichen Sie unsere Anmeldung täglich zwischen 8.00 – 12.00 Uhr.

Außerdem möchten wir Sie gern vorab über den Eigenanteil informieren. Dieser setzt sich aus Euro 10,00 Rezeptgebühr und 10% des Rezeptwertes zusammen. Sie bekommen hierüber zum Ende der Behandlungsserie eine Rechnung per E-Mail von uns.

Darüber hinaus möchten wir Sie per E-Mail gern über aktuelle Aktionen auf dem Laufenden halten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Interesse daran. Doch so sehr wir es auch bedauern würden: Selbstverständlich können Sie die Zustimmung jederzeit widerrufen.

Name:

Vorname:

Geb. am:

Adresse:

Telefon privat:

mobil:

geschäftlich:

E-Mail:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Internet

☐ Nachbarschaft

☐ ärztliche Empfehlung

☐ Empfehlung durch Bekannte

Herzlichen Dank! Ihr WORK•LIFE PHYSIO – Team

Bitte wenden...

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung



Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis WORK•LIFE PHYSIO 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:

Work•Life Physio
Katharina Regel
Schwanenwik 14
22087 Hamburg
kontakt@worklifephysio.de

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