

Patienten Selbstauskunft / Einverständniserklärung / Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Podologischen Behandlungszentrum willkommen zu heißen. Um Sie mit einer optimalen Behandlung zu versorgen, ist es wichtig, Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu kennen. Hierfür bitten wir Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

Telefon bei Notfällen: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____ Facharzt: _____

Für die Dauer der Behandlung entbinde ich diese Ärzte gegenüber der Podologie-Praxis von ihre Schweigepflicht und umgekehrt. ja nein

Ausgeübte Tätigkeit / Beruf : _____

Sind Sie zum 1. Mal bei einer Podologischen Behandlung? ja nein

Wurden Sie schon mal an den Füßen operiert? ja nein

Wenn ja, warum? _____

Laufen und/oder stehen Sie viel? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Wenn ja, seit wann: _____ Typ 1 Typ 2 Therapie: _____

Haben oder hatten Sie Herz-/Kreislaufkrankungen? **Wenn ja, entsprechendes bitte markieren** ja nein

- Herzschwäche / Herzinsuffizienz / Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Angina pectoris (Brustenge/Herzschmerzen)
- Herzschrittmacher

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es andere ernsthafte Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung? **Wenn ja, entsprechendes bitte markieren** ja nein

(z.B. Hepatitis, HIV, AIDS oder MRSA- Infektionen, o.ä.)

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen ein Morbus Parkinson bekannt? ja nein

Vertragen Sie Pflaster, Latex, Medikamente, Jodpräparate, Pflegepräparate, o.ä.? ja nein

Leiden Sie an Rheuma / Osteoporose / Gicht / anderen Gelenkerkrankungen? ja nein

Tragen Sie vom Arzt verordnete, maßangefertigte Einlagen und/ oder Schuhe?

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Welche Fußbeschwerden führen Sie zu uns?

Vereinbarung für Patienten mit Heilmittelverordnung (HMV 13)

Sie erhalten eine podologische Behandlung auf Grund einer Heilmittelverordnung Ihres Arztes. Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass die Praxis mit Wartelisten und Terminvergaben arbeitet und zur Behandlung jeweils ein Therapeut zur Verfügung steht.

Falls die Krankenkassen die Zahlung der Behandlung aus irgendwelchen Gründen verweigert, muss der Patient die Kosten selber tragen. Diese würden ihm dann in Rechnung gestellt.

Vereinbarung für Privatpatienten

Sie erhalten eine podologische Behandlung. Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass die Praxis mit Wartelisten und Terminvergaben arbeitet und zur Behandlung jeweils ein Therapeut zur Verfügung steht.

Der Patient wurde darüber informiert, dass der Behandlungspreis € _____ beträgt. Der Behandlungspreis steigt jährlich um durchschnittlich 5% an, dies geschieht meist zum 01.01. eines neuen Jahres.

Risiken der Behandlung

Es ist unsere Pflicht Sie darüber aufzuklären, dass es in der podologischen Behandlung durch den Einsatz von Skalpell, Schleifern und Fräsern, in sehr seltenen Fällen zu Verletzungen (Schnitt- bzw. Stichverletzungen), mit der Folge von Risiken und Komplikationen kommen kann.

Im Zusammenhang mit der Behandlung kommen Pflegeprodukte, Desinfektionsmittel und andere Materialien (Verbandstoffe, Pflaster, Salben/Pharmaka, Materialien der Nagelprothetik oder Orthosentechnik/Abdruckmassen) zur Anwendung, durch die allergische Reaktionen auftreten können. **Informieren Sie uns unbedingt über bekannte**

Unverträglichkeiten/Allergien.

Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht/ dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund von gesetzlichen Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

- um Sie als Patientin/Patient identifizieren zu können

- um Diagnosen stellen zu können

- um Sie angemessen behandeln und beraten zu können

- zur Korrespondenz / Kontaktaufnahme mit Ihnen

- zur eventuellen Rechnungsstellung

- zur Abwicklung von eventuell vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer Daten können vor allem nahe Angehörige, andere Therapeuten, Krankenkassen, oder Abrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen.

Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben, wie Z.B. aus steuerlichen Gründen, sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können auch noch längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Widerspruchsrecht

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art 6 Abs. 1 S.1 lit f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich auf Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an uns.

Sie haben ferner das Recht, sich der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit b) Bundesdatenschutzgesetz.

Da es bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden (Notfälle ausgenommen) vor dem Behandlungstermin erfolgen, nicht möglich ist, einen anderen Patienten zu behandeln, müssen nicht wahrgenommene Behandlungstermine leider von uns an Sie in Rechnung gestellt werden. Die Ausfallgebühr entspricht dem entfallenen Behandlungspreis in voller Höhe.

Einwilligung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- Alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig, nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben
- Dass ich über die Behandlungsmethoden, die möglichen Risiken der Behandlung und die mir entstehenden Kosten der Behandlung aufgeklärt wurde
- Dass ich mit den Regelungen zum Datenschutz einverstanden bin
- Dass ich Fragen stellen konnte und mir diese zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden
- Dass ich mich mit der Behandlung nach Richtlinien der Podologie einverstanden erkläre
- Dass ich darüber informiert wurde, dass mir bei nicht einhalten der Termine der volle Behandlungspreis in Rechnung gestellt wird

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Bevollmächtigter