Willkommensblatt Privat

ZAP
Mein Sport hat ein Zuhause.

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns sehr, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben.

Mit diesem Willkommensblatt möchten wir Ihnen Informationen geben, um einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen.

Name, Vorname E-Mail

Telefonnummer Handy

☐ *Ich möchte, dass meine E-Mail-Adresse zur Information über Veranstaltungen in den Verteiler aufgenommen wird.*

Unsere Einrichtung ist **barrierefrei.**

Melden Sie sich bitte immer **vor** Behandlungsbeginn am **Physiotherapie-Empfang** an.

Bringen Sie bitte ein **großes Handtuch** zu Ihrer Behandlung mit.

Die Nutzung der Umkleiden/Duschen vor und nach Ihrer Behandlung ist für Sie **kostenfrei.** Schlüssel für die Umkleiden erhalten Sie an unserem **Physiotherapie-Empfang.**

Bitte kommen Sie **rechtzeitig** umgezogen zum Beginn Ihrer Behandlung. Ein durch Sie verzögerter Behandlungsbeginn kann aufgrund unseres engen Zeitplanes nicht nachgeholt werden. **Schuhe** bitte erst **vor Ort wechseln** (KGG-Patienten)
Vereinbaren Sie weiterführende Termine **frühestmöglich**, um Therapiekonstanz zu gewährleisten.

Privatpatienten bekommen von uns **vor** Behandlungsbeginn eine Honorarvereinbarung. Diese können Sie zur Erstattungsanfrage einreichen. Die **Rechnung** wird zum Ende der Therapie gestellt.

Bei Therapieunterbrechungen von mehr als 28 Tagen wird eine Zwischenabrechnung vorgenommen.

Die Behandlungssätze gelten als vereinbart und sind vom Versicherten unabhängig davon, ob seine Versicherung die Kosten ganz, nur zum Teil oder gar nicht übernimmt, zu begleichen. Wir weisen Sie darauf hin, dass sich unsere Preisgestaltung **nicht an den Sätzen der Beihilfe orientiert.**

Die ZAP-Physiotherapie und T-Rena leistet durch die Betreuung von Praktikanten einen Qualifikationsbeitrag. Wir bitten Sie, uns dabei zu unterstützen.
Ich bin bereit, dass ein/e Auszubildende/r oder Studierende/r der Physiotherapie die Behandlung durchführt.
>> **ja** ☐ **nein** ☐

TERMINTREUEVEREINBARUNG

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen **mindestens 24 Stunden** vorher ab. Nicht erfolgte Behandlungen können Ihrer Versicherung nicht berechnet werden.
Wir sind eine Terminpraxis und können i.R. kurzfristig abgesagte Termine nicht neu belegen,
deshalb werden Ihnen nicht fristgerecht abgesagte Termine zusätzlich in Rechnung gestellt.

Heilmittel	Zeitl. Dauer der Einheit	Ausfallgebühr
Manuelle Therapie	20/40 Minuten	47/94€
Massage	20/40 Minuten	29/58€
Krankengymnastik	20/40 Minuten	39/78€
Manuelle Lymphdrainage	30/45/60 Minuten	47/71/95€
Krankengymnastik am Gerät	60 Minuten	73,00 €

Ich habe die dargestellten Bedingungen zur Kenntnis genommen und ***akzeptiere sie*** *.*

_____
Datum, Unterschrift

Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

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

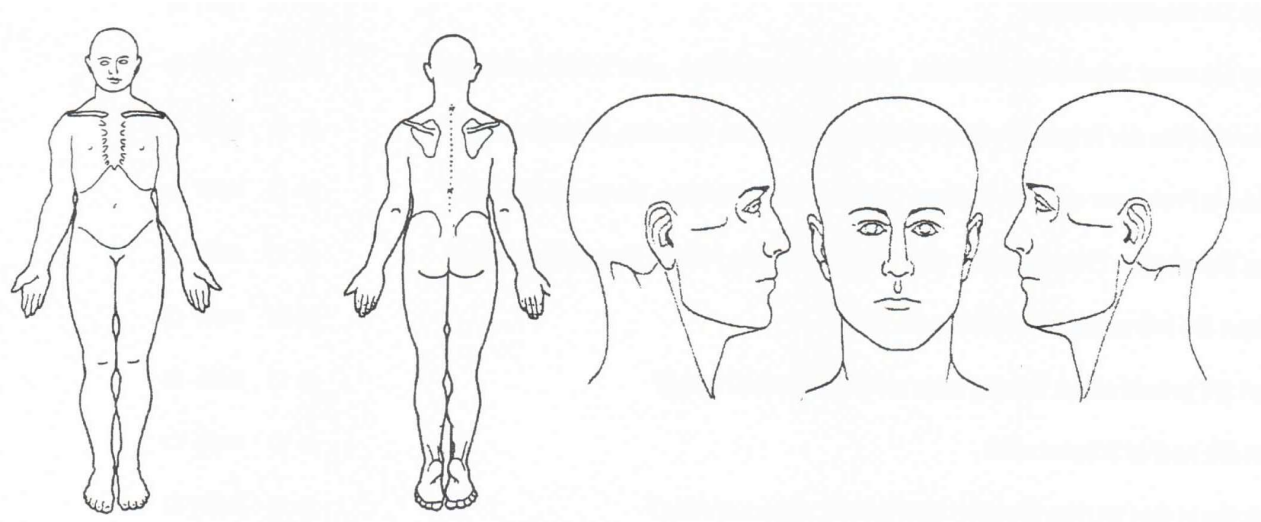
Alter: ..... Beruf: .....

Sport: ..... Hobby: .....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: Telefonbuch, Internet, Flyer, Anzeige, Empfehlung?: .....

☐ Hiermit gestatte ich der ZAP Physiotherapie im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von mir/meinem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (siehe Pflichtinformationen nach DSGVO).

1.) **Wo** haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einzeichnen)?:



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja ☐ nein ☐

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja ☐ nein ☐

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja ☐ nein ☐

5.) Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja ☐ nein ☐

6.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? _____

7.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): permanent / mit Unterbrechung

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja ☐ nein ☐

10.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. was **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts,
sonstiges: _____

11.) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?:
(kein Schmerz) 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7 -- 8 -- 9 -- 10 (maximaler Schmerz)

12.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): besser werdend / gleich / schlechter werdend / variabel

bitte wenden...

13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja ☐ nein ☐

14.) Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in,** haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen? ja ☐ nein ☐

15.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)? ja ☐ nein ☐

16.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja ☐ nein ☐

17.) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja ☐ nein ☐

18.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja ☐ nein ☐

19.) Hatten Sie in den letzten Wochen **Fieber**, **nächtliches/extremes Schwitzen**? ja ☐ nein ☐

20.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja ☐ nein ☐

21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? ja ☐ nein ☐

22.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja ☐ nein ☐

23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen.** ja ☐ nein ☐

24.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja ☐ nein ☐

25.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen.** ja ☐ nein ☐

26.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein**. ja ☐ nein ☐

27.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja ☐ nein ☐

28.) Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass Sie nicht besser werden**. ja ☐ nein ☐

29.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja ☐ nein ☐

30.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten zwei Wochen im Gesamten gesehen? (Bitte einkreisen)
Überhaupt nicht - wenig - mäßig - stark - äußerst stark

31.) Weist Ihr **Schmerz** eines der **folgenden Merkmale** auf?

	Ja	**Nein**
Brennen	☐	☐
Gefühl der schmerzhaften Kälte	☐	☐
Elektrische Schläge	☐	☐

32.) Treten folgende **Symptome** mit den **Schmerzen im gleichen Körperbereich** auf?

Kribbeln	☐	☐
Pieksen	☐	☐
Taubheitsgefühl	☐	☐
Juckreiz	☐	☐

33.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)
Röntgen - Computer-/Kernspintomographie - Spritze - Massage - Physiotherapie - Training - Anderes

34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen **vollständig** und **korrekt** angegeben.

Datum, Unterschrift: _____

Pflichtinformationen nach DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Zuge der Umsetzung der neuen Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie über Ihre Rechte und Pflichten sowie Verarbeitung Ihrer Daten zu informieren.
Damit wir Ihre Daten weiterhin auch nutzen dürfen, möchten wir Sie darum bitten, uns dieses Formular zu unterschreiben und an uns zurückzugeben.

1. Verarbeitungsspezifische Informationen

Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen	Dr. Matthias Zimmermann
Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten	Eric Sattel sattel@zap-nussloch.de
Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden	Name, Vorname, Alter, Beruf, Sport, Hobby, personenbezogene Gesundheitsdaten (bspw. Diagnosen, Daten der Behandlung...), personenbezogene Kontaktdaten (bspw. Adressdaten, Geburtsdatum, Betriebszugehörigkeit, Qualifikationen.)
Quelle der personenbezogenen Daten	1. Aufnahmebogen ZAP Physiotherapie 2. Willkommensblätter ZAP Physiotherapie 3. Behandlungsinformation und Einwilligung 4. Tagesdokumentation 5. Honorarvereinbarung 6. Trainingspläne/-dokumentation 7. Rezept
Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen	- Abrechnung mit Kasse/Abrechnungszentrum - Erstellen eines Trainingsplans/Behandlungsplans - Korrespondenz mit Arzt - Dokumentation der Patientendaten - Dokumentation des Behandlungsverlaufs - Dokumentation der Behandlungstermine - Pflege von Kundenstammdaten - Rechnungsstellung
Rechtsgrundlage für die Verarbeitung und - soweit Verarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 lit f) DSGVO gestützt wird - die berechtigten Interessen	- § 22 Abs. 1 Nr. 1a-c BDSG-neu - § 24 Abs. 1 u. 2 BDSG-neu - § 48 Abs. 1 u. 2 BDSG-neu - § 52 BDSG-neu
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten	Krankenkassen Ärzte Sozialversicherungsträger Mitarbeiter der ZAP Physiotherapie Abrechnungszentren TheOrg (Software für Therapie-Organisation)
Übermittlungen an ein Drittland einschl. der Maßnahmen zur Gewährleistung eines angemessenen Datenschutzniveaus beim	

Empfänger (einschl. Möglichkeit der Kenntnisnahme)	
Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden	Für die Dauer von 10 Jahren gemäß gesetzlicher Aufbewahrungspflicht nach § 257 HGB und § 147 AO.

2. Erforderlichkeit der Datenerhebung

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Behandlungsvertrages sowie der Leistungserbringung gegenüber Kunden erforderlich. Ohne diese Daten kann der Vertrag nicht sinnvoll abgewickelt werden.

3. Einwilligungen des Betroffenen

Soweit der Verantwortliche personenbezogene Daten basierend auf einer Einwilligung verarbeitet, kann diese Einwilligung vom Betroffenen **jederzeit widerrufen werden**. Der Widerruf berührt die bis zum Widerruf erfolgte Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht.

4. Rechte des Betroffenen

Der Betroffene hat nach der DSGVO folgende Rechte und Ansprüche gegen den Verantwortlichen:

- das **Auskunftsrecht** (Art. 15 DSGVO)
- das **Recht auf Berichtigung (**Art. 16 DSGVO)
- das **Recht auf Löschung** (Art. 17 DSGVO)
- das **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung** (Art. 18 DSGVO)
- das **Recht auf Datenübertragung** (Art. 20 DSGVO)
- das **Recht, der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu widersprechen** (Art. 21 DSGVO)

5. Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Der Betroffene hat das **Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Art. 77 DSGVO.** Danach kann sich jede betroffene Person unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes beschweren, wenn die betroffene Person der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Für den Verantwortlichen ist folgende Datenschutz-Aufsichtsbehörde zuständig:
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Königstrasse 10 a 70173 Stuttgart
poststelle@lfdi.bwl.de

Die Pflichtinformationen nach Art. 13 und 14 DSGVO-neu sind mir von der Physiotherapie ausgehändigt worden und ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu den beschriebenen Zwecken verarbeitet werden dürfen

Datum, Unterschrift: _____