

Herzlich Willkommen bei uns, füllen Sie bitte den **Anmeldebogen** aus.

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname		Telefon privat	
Anschrift:		Telefon mobil	
Krankenkasse:	Sind Sie von Zuzahlungen befreit:		
Versicherter:	o ja o nein		
Behandelnder Arzt:	Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		

Gemäß der neuen **EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018** informieren wir Sie hiermit darüber, dass wir Ihre Daten erheben, speichern und weiterleiten. Dies erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art.9 Abs2 lit.h) DSGVO in Verbindung mit §22 Abs.1 Nr. 1 litb) Bundesdatenschutzgesetz), um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten erfüllen zu können. Dazu zählen alle Daten, die in Ihrer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind, sowie Therapievorschläge- und methoden, Befunde, sowie Arztbefunde und Therapieberichte. Diese notwendigen Informationen benötigen wir für eine sorgfältige Behandlung.

Wir übermitteln Ihre Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben (z.B. Ärzte, Krankenkassen, Abrechnungsstellen). Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Wir speichern, bzw. bewahren Ihre Daten laut gesetzlicher Vorschrift für 10 Jahre nach Behandlungsende auf.

Sie haben das Recht, über Ihre personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und im Zweifel die Korrektur unrichtiger Daten zu verlangen. Unter bestimmten Bedingungen besteht für Sie das Recht auf Löschung von Daten, die Einschränkung der Datenverarbeitung sowie deren Übertragbarkeit. Jedoch erfolgt die Verarbeitung ihrer Daten im Regelfall auf gesetzlicher Grundlage. In Ausnahmefällen brauchen wir Ihre Einverständniserklärung, die Sie dann auch für die Zukunft widerrufen können. Sind Sie der Ansicht, dass Ihre Daten nicht rechtmäßig verarbeitet werden, können Sie sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz Bremerhaven beschweren.

Hiermit setzen wir Sie darüber in Kenntnis, dass Sie einen Termin, den Sie nicht wahrnehmen können, bitte 24h vor Behandlungsbeginn absagen müssen.

Sprechen Sie bitte auf den Anrufbeantworter, unsere Anmeldung ist nicht fortwährend besetzt. Nicht wahrgenommene und nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung stellen. Ihre Krankenkasse vergütet uns nur die von Ihnen wahrgenommenen, auf Ihrem Rezept unterschriebenen Behandlungseinheiten.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____