



## Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Sie (wieder) bei uns begrüßen zu dürfen.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie den oberen Teil aus und lesen Sie die weiteren Informationen sehr aufmerksam.

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mobil / Handy:

E-Mail:

(Bei Angabe der E-Mail-Adresse, wird Ihre Rechnung elektronisch zugestellt.)

Krankenversicherung:

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer vollen Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn Ihrer Behandlung mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

1. **Sie haben die Möglichkeit einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen (am Wochenende nutzen Sie bitte den Anrufbeantworter).** Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir Ihnen den Termin privat in Rechnung. Die Höhe des Rechnungsbetrages richtet sich nach dem Wert der verordneten Therapie.
2. **Bitte kommen Sie immer rechtzeitig zu Ihren Terminen.** Wir möchten in Ihrem Interesse Wartezeiten vermeiden. Deshalb sind wir darauf angewiesen, dass jede Behandlung pünktlich beginnen kann. Sollten Sie nicht rechtzeitig erscheinen können, verkürzt sich Ihre Behandlungszeit entsprechend. Wird die Behandlungsdauer nach den Vorgaben der Leistungsbeschreibungen der Krankenkassen bzw. nach den Vorgaben der Versicherung dadurch unterschritten, dass Sie nicht rechtzeitig zu Ihrem Termin erschienen sind, kann die Abrechnung über die Krankenkassen bzw. Versicherungen nicht erfolgen. In diesem Fall stellen wir Ihnen den Behandlungstermin privat gemäß Nr. 1 in Rechnung.
3. **Bitte beachten Sie, dass uns die Heilmittelverordnung vor der 1. Behandlung vorliegen muss.** Liegt uns die Verordnung bis zum 2. Termin nicht vor, weisen wir darauf hin, dass wir die bereits in Anspruch genommenen Behandlungen privat in Rechnung stellen.
4. **Bitte Berücksichtigen Sie, dass es in der Therapie, sowie unseren Gruppenangeboten zu geringen Zeitverzögerungen durch Teilnehmer-/Therapeutenwechsel kommen kann.** Wir sind stets bemüht Verzögerungen zu vermeiden. Die Behandlungszeit verkürzt sich durch diese Zeitverzögerungen nicht.
5. Aus Sicherheitsgründen ist die **Nutzung des Schwimmbades unter Alkoholeinfluss strengstens untersagt.**
6. **Wir sind von den Krankenkassen verpflichtet den Therapieverlauf zu dokumentieren und ggf. auf Wunsch des Arztes einen Therapiebericht zu erstellen.** Diese Zeit ist in der Therapiezeit enthalten.
7. **Die gesetzliche Zuzahlung für Heilmittelverordnungen ist vor der ersten Behandlung zu entrichten.** Sollte die Anzahl, der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten, aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig in Anspruch genommen werden, so erhalten Sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.

8. Nachhaltig: Bei Angabe der E-Mail-Adresse, wird Ihre Rechnung elektronisch zugestellt.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Einbeziehung der AGBs (Stand 06.03.2018) von Sanitas zu und geben die auf der Rückseite abgedruckte Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Datennutzung ab. Die AGBs können im Aushang unseres Anmeldebereiches eingesehen werden.

Mit freundlichen Grüßen Ihr Praxisteam

---

Datum

---

Unterschrift

## SANITAS Datenschutz

### Einwilligung zur Datenverarbeitung

(Erhebung, Nutzung und Weitergabe von Daten)

Die Sanitas erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten des Anmeldenden / Teilnehmers ausschließlich für eigene Geschäftszwecke. Die personenbezogenen Daten werden von der Sanitas für folgende Zwecke genutzt:

- Die Kommunikation mit dem Teilnehmer / Anmeldenden bzgl. vereinbarter Termine, insbesondere für die Vereinbarung von Terminen, die Erinnerung an vereinbarte Termine und Terminänderungen, Hinweise und Einladungen zu Veranstaltungen und besonderen Therapieangeboten und
- zu Abrechnungszwecken, insbesondere den Versand von Rechnungen per E-Mail.

Eine Weitergabe personenbezogener Daten und die Weitergabe besonderer personenbezogener Daten gemäß § 3 Absatz 9 BDSG (Angaben zur Gesundheit des Patienten / Anmeldenden) erfolgt ausschließlich zu Abrechnungszwecken an die Kostenträger, soweit dies zur Durchführung dieses Vertragsverhältnisses erforderlich ist.

**Der Patient / Anmeldende willigt mit seiner Unterschrift in die Erhebung, Nutzung und Weitergabe seiner Daten wie im o.g. und beschriebenen Umfang ausdrücklich ein.**

---

Datum

---

Unterschrift