

# Aufklärungsbogen des RZB REHA Zentrum Böblingen GmbH

(inklusive Datenschutz/Schweigepflicht)



Kundenname: \_\_\_\_\_

Praxis (Stempel):

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Bitte ankreuzen:

Versichertenstatus: gesetzlich  privat  Beihilfe  BG

Verordnung: ärztliches Rezept / Heilmittelverordnung

## ODER

Präventionskurse: Pilates (120 Euro)  Nordic Walking (80 Euro)  Rückenfit an Geräten (150 Euro)

Rückenfit (120 Euro)  Rückenschule (120 Euro)  Hockergymnastik (80 Euro)

Selbstzahler: 10er Karte (160 Euro)  30er Karte (375 Euro)  Rückentag/Seniorentag (110 Euro)

Bewegungsbad (75 Euro)  Montagsgruppe (85 Euro)  Trainingszirkel (99 Euro)

Liebe Kundin, lieber Kunde, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten/Kunden verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Teilnahme am Ende des Bogens.

### Datenschutz ärztliches Rezept:

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind innerhalb des Betriebs zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Des Weiteren dürfen personenbezogene Daten innerhalb des Betriebs an Mitarbeiter sowie an den behandelnden Arzt/die behandelnden Ärzte zur Abklärung von Fragen weitergegeben werden. Außerdem willigen Sie ein, dass ihr ausgestelltes Rezept zur Änderung an Dritte weitergegeben werden darf, falls Sie selbst verhindert sind bzw. es nicht im REHA Zentrum Böblingen abholen können, um es beim behandelnden Arzt ändern zu lassen.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber. Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Mit einer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit der Weitergabe erforderlicher Informationen an das Rezeptabrechnungszentrum zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung einverstanden sind. Sie wurden darüber informiert, dass die an das Abrechnungszentrum vermittelte Daten zu Ihrer Person dort gespeichert werden und diese Erklärung gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz als Benachrichtigung gilt. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Minderjährigen Patienten unter 18 bedarf dies der Unterschrift eines Erziehungsberechtigten.

### Datenschutz Präventionskurs / Selbstzahler:

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der erbrachten Leistung personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind innerhalb des Betriebs zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Des Weiteren dürfen personenbezogene Daten innerhalb des Betriebs an Mitarbeiter/innen sowie an den behandelnden Arzt/die behandelnden Ärzte zur Abklärung von Fragen weitergegeben werden. Außerdem müssen Sie bei den Teilnahmebescheinigungen der Präventionskurse Angaben zu persönlichen Daten machen, damit eine mögliche Rückerstattung erfolgen kann. Diese Informationen leiten Sie persönlich an Ihre Krankenkasse weiter.

Die oben genannten Punkte sind für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Leistungsanbieter. Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Leistung. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Angebote und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Minderjährigen Patienten unter 18 bedarf dies der Unterschrift eines Erziehungsberechtigten.

### Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich willige der Teilnahme am oben ausgewählten Präventionskurs/Selbstzahlerprogramm ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patient/in Kunde/in /Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter\*

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.