Ortho-Mobile , Hattinger ambulante Rehabilitationsklinik GmbH
August-Bebel-Str. 8-10, 45525 Hattingen, Tel. : 02324 / 68333-10, Fax: 02324 / 68333-95

Aufnahmebogen in der Physio- und Ergotherapie für Patient:

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Straße Tel.: (mobil/privat/dienstl.)

.....
Wohnort e-mail

.....
Krankenkasse: Name / Ort

.....
Beruf (freiwillige Angabe) Arbeitgeber: (freiwillige Angabe)

1. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen.
2. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte **mindestens 24 Stunden vorher** ab oder wir müssen Ihnen den Ausfall andernfalls leider in Höhe der vereinbarten Leistung in Rechnung stellen. (§615 BGB)
3. Die für Sie verordneten Leistungen werden mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet. Zurzeit wird nach SGB eine **Pauschalgebühr** von 10,00 € pro Rezept und eine **Zuzahlung** von 10% zur Leistung erhoben, die **vor der ersten Behandlung** zu leisten ist, mit Ausnahme von Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. weiteren befreiten Personen.

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz

Die Ortho-Mobile ambulante Rehaklinik GmbH erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten des Patienten und erklärt ausdrücklich, dass Daten, selbstverarbeitet und nur zweckbestimmt i.S. des Vertragsverhältnisses erhoben werden. Rechtsgrundlage hierzu ist Art.6 Abs. 1 DSGVO.
Sie sind gemäß Art. 15 DSGVO jederzeit berechtigt, das Ortho-Mobile um umfangreiche **Auskunft** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen und gemäß Art. 17 DSGVO die **Berichtigung, Löschung** und **Sperrung** einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail (datenschutz@ortho-mobile.de) übermitteln.
Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass das Ortho-Mobile meine Daten verarbeiten kann. Die von mir genannten Angaben erfolgen freiwillig.

Zur Kenntnisnahme:

....
Datum/Unterschrift Patient Datum/Kürzel MA Rezeption