



Zusätzlich erhalten Sie ein Patientenstammdatenblatt. Wir benötigen die Informationen, um die richtigen personenbezogenen Daten einzupflegen. Bitte füllen Sie auch die medizinischen Fragen aus, wie z.B. Vorerkrankungen, Symptome, auslösende Faktoren für Ihr Problem und Ihr Alltagsziel.

### **Patienten-/Kundeninformation zum Datenschutz**

Sie gestatten der o.g. Praxis und dem Verein, im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten, zu speichern und zu nutzen.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung (Ihre Krankenkasse, Rechnungsstellung, Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Abrechnungszentrum, Finanzamt, Steuerberater) 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. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wir verwenden Ihre Mailadresse zur Versendung Ihrer Behandlungs- und Beratungstermine. Diese Daten werden unverschlüsselt versendet.

### **Rechtsgrundlage**

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Einrichtung ist der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungs- bzw. Dienstleistungsvertrag (Art. 6 Abs. 1b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3 DSGVO und §22 Abs. 2 Nr. 1b BDSG), uns bindende sozialgesetzliche und rahmenvertragliche Vorgaben, sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Geschäftszwecke (Art. 6 Abs. 1f DSGVO).

**Datenschutzbeauftragte:** Laura Tilsner, Zwingenburgstr. 21, 74821 Mosbach

### **Einwilligungserklärung**

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 wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung, Datenspeicherung und -verarbeitung ein. Terminversendung per E-Mail wird unverschlüsselt durchgeführt.

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

\_\_\_\_\_  
Patient/in, Bevollmächtigte/r, Sorgenberechtigte/r\*

\_\_\_\_\_  
behandelnde/r Physiotherapeut/in, Trainer/in

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

**Um eine korrekte Abrechnung vornehmen zu können, bitten wir Sie um folgende Daten:**

Nachname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ (SMS zur Absage im Krankheitsfalle des Therapeuten)

E-Mail \_\_\_\_\_ (unverschlüsselte Mail, Mitteilung Ihrer Termine)

Ihre Krankenkasse \_\_\_\_\_ Sind Sie beihilfeberechtigt? \_\_\_\_\_

Zu welcher Zeit können Sie? \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Hobby \_\_\_\_\_

Medikamente (bspw. Blutdruckmittel, Blutverdünner, Schmerzmittel, Insulin etc.) \_\_\_\_\_

Ihre Beschwerden und wodurch wurden/werden diese ausgelöst? \_\_\_\_\_

Hatten Sie diesbezüglich einen Unfall oder eine Operation, wenn ja was und wann:

Nebenerkrankungen/Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Auslösende Faktoren/Bewegungen für Ihr Problem \_\_\_\_\_

Welches Alltagsziel möchten Sie mit Hilfe der Therapie erreichen? \_\_\_\_\_

Machen Sie Sport, wenn ja welchen und wie oft in der Woche?

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

\_\_\_\_\_  
Patientenunterschrift

**Unser Angebot für Sie: Aktiv gegen Muskelabbau. Bis zum 80. Lj ca. 40-50% Muskelabbau!**

Nutzen Sie parallel zu Ihren Behandlungsterminen unsere Physio Aktiv/Mobil Card.

Kräftigen Sie Ihre Muskeln, stabilisieren Sie Ihre Gelenke. Unterstützen Sie Ihre Therapie. Ohne Vertrag. Sprechen Sie uns einfach an!

Wie geht es nach der Therapie weiter? Wir bieten etwas Persönliches unseren Patienten an!

# Krankengymnastik am Gerät

## Was – Wann – Wo

### So führen Sie Ihr KG Gerätetraining erfolgreich durch!

Unser KG Gerätetraining...

- ...hilft Ihnen, Ihre Gelenke durch neue Muskelkraft zu stärken z.B. nach Verletzungen.
- ...unterstützt Sie den Alltag leichter zu meistern z.B. auf Arbeit oder im Haushalt.
- ...fördert Ihr Gleichgewicht z.B. beim Gehen, beim Bücken oder beim Wandern.
- ...stärkt Ihre körperliche Belastbarkeit z.B. im Garten, beim Treppensteigen oder im Sport.

### 10 Schritte, für ein optimales Training!

1. Sie benötigen ein aktuelles und gültiges Rezept mit der Verordnung KG Gerät.
2. Sie vereinbaren mit der Rezeption alle verordneten Termine.
3. Der erste Termin dient der Befunderhebung, Trainingsplanbestimmung und Einweisung.
4. Ihr Training dauert max. 60 Minuten. Bitte planen Sie die Zeit dafür ein. Sie benötigen ein Handtuch, einen kleinen Waschhandschuh/Waschlappen und Sportkleidung inkl. Sportschuhe!!!
5. Die Trainingstermine finden nur zu den ausgewiesenen Zeiten statt.
6. Bitte sofort die Rezeptgebühr (wird von Ihrer Krankenkasse erhoben) bezahlen.
7. Bitte melden Sie sich zu jedem Trainingstermin an der Rezeption und unterschreiben Sie den Termin auf der Rezeptrückseite.
8. Wenn Sie zu einem Termin verhindert sind, geben Sie uns 7 Tage vorher Bescheid und vereinbaren einen neuen Termin (über App selbst buchbar). Zu spät oder nicht abgesagte Termin werden Ihnen mit 25.- € in Rechnung gestellt und sind sofort fällig. Bei Krankheit melden Sie sich bitte min. 24 Std. vorher ab.
9. Am vorletzten Termin füllen Sie unseren Abschlussfragebogen sehr ausführlich aus. Dieser bildet die Grundlage für den Arztbrief an Ihren verordneten Arzt. Und dieser bildet die Grundlage für ein weiteres Rezept.
10. Sie haben Fragen, Sie möchten mehr für sich tun? Dann sprechen Sie uns einfach an.

### Unabhängig trainieren:

Nehmen Sie ihre Gesundheit selbst in die Hand, denn nach der Behandlung kann es für Sie weitergehen – sprechen Sie uns an!

### Vergleich Krankengymnastik am Gerät zu einer Mitgliedschaft in der MT-Fitness

Kategorie	Investition	Arztbesuch nötig?	Trainingshäufigkeit	Trainingsdauer
Krankengymnastik am Gerät-Rezept	37,18€ für 6x Training	ja	1 -2 x die Woche	60 Minuten
Fair Pay Abo Medizinische Fitness	ab 52,50€ pro Monat	nein	täglich	unbegrenzt

Sparen Sie lieber die Zeit, um sich vom Arzt die Rezepte ausstellen zu lassen und investieren Sie diese lieber in Ihre Gesundheit.

Einen angenehmen Aufenthalt wünscht Ihnen

Ihre MT-Physiowelt und MT-Fitness

06261/893093

[empfang@mt-physiowelt.de](mailto:empfang@mt-physiowelt.de)

erhalten am: \_\_\_\_\_

Kenntnisnahme: \_\_\_\_\_