Datenschutz

Physiotherapie
Barbara Hippesroither

Liebe Patienten/innen!

Ich bitte Sie vorliegende Informationen zu lesen und zu unterschreiben:

Im Sinne des MTD- Gesetzes bin ich als Therapeutin verpflichtet, eine Dokumentation zu führen. Diese Daten werden vertrauensvoll behandelt und durch meine Verschwiegenheitspflicht werden auch keine Daten an Dritte weitergegeben.

Zum Wohle Ihrer Gesundheit kann eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, Orthopädietechniker oder zuvor behandelndem Therapeut stattfinden.

Ich stimme einer Fotodokumentation im Bedarfsfall zu.

Allgemeine Informationen – Praxis:

Die Kommunikation mit mir als Physiotherapeutin (Terminvereinbarung) soll persönlich in der Therapie oder **per SMS** erfolgen (kein Whats app, keine Daten per Whats app, keine Antwort meinerseits nach 18 Uhr und am Wochenende, nur Terminabsagen werden bestätigt).

Als PatientIn stimmen Sie zu, von Seiten der Therapeutin kurze Termin-Erinnerungen per SMS erhalten zu können. Wer eine Rechnung per Mail wünscht, bitte unten die Mailadresse angeben.

Absage:

Ich möchte Sie hiermit darauf hinweisen, dass Termine, die nicht wahrgenommen werden, **spätestens 24 Stunden** vorher abgesagt werden müssen. Unentschuldigte nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (**spätestens 24 Stunden vor Termin**) werden in Rechnung gestellt. Diese Leistung übernimmt die Kasse nicht.

Terminabsagen: Nur telefonisch, SMS oder durch Nachricht auf meine Sprachbox.

Zahlungsmodalitäten: Grundsätzlich erfolgt die Abrechnung am Therapieende per Überweisung. Zahlbar innerhalb von 7 Tagen.

Bewilligungspflicht/ Rückvergütung:

Ich bin Wahlphysiotherapeutin, daher wird nur **ein Teil der Kosten rückerstattet**. Das Ausmaß der Rückerstattung und ob **vor Therapiebeginn eine Bewilligungspflicht** bei der Krankenkasse vorliegt, ist vom Patienten selber zu klären. Der Patient muss selber, nach Bezahlung der Rechnung bei der jeweiligen Krankenkasse zur Rückvergütung einreichen. Physiotherapietarife befinden sich in der Praxis im Aushang.

Mit der Unterschrift stimmt der Patient allen oben genannten Punkten zu.

Bad Goisern, am

NAME: Unterschrift Patient

ADRESSE:

TELEFONNUMMER:

MAILADRESSE: