

Anmeldung



Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon privat Telefon dienstlich Telefon mobil

E-Mail ich möchte regelmäßig den Aktiv Reha Newsletter erhalten. Dieser kann jederzeit unter www.aktivreha.de wieder abbestellt werden.

Krankenkasse überweisender Arzt

gesetzlich versichert Mitglied Angehöriger Rentner zuzahlungsbefreit
 privat versichert Beihilfe

Wie sind Sie auf die Aktiv Reha aufmerksam geworden? _____

1. Terminabsagen müssen 24 Stunden vorher erfolgen, Absagen per E-Mail 48 Stunden vorher. Nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden privat in Höhe von 15,00 € (bei Terminen bis zu einer Dauer von 30 Min.) bis 30,00 € (bei Terminen mit einer Dauer von länger als 30 Min.) in Rechnung gestellt. Diese Ersatzpflicht entsteht nur, wenn die Nichtwahrnehmung des Termins von Ihnen zu vertreten ist. Sofern Sie nachweisen, dass ein Schaden nur in geringer Höhe entstanden ist, entsteht die Zahlungspflicht nur in dieser Höhe.
2. Die Zuzahlung für Ihr Rezept ist bis zum zweiten Termin bar, per EC oder mittels einmaliger Lastschrift an der Rezeption der Aktiv Reha zu begleichen. Bleibt die Zuzahlung mit Ablauf des letzten Termins offen, wird sie Ihrer Krankenkasse in Rechnung gestellt, die sich daraufhin mit dieser Forderung erneut an Sie wenden wird.
3. Sie haben die Möglichkeit gegen einen Aufpreis Ihre Behandlungszeit zu verlängern.
4. Es kann erforderlich sein, dass der behandelnde Therapeut mit dem behandelnden Arzt Rücksprache nimmt und diesem gegenüber Auskunft erteilt, soweit dies zur Durchführung der Therapie oder der Sicherung des Therapieerfolgs erforderlich ist. Sie erklären ausdrücklich, dass Sie damit einverstanden sind und Sie diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen können.
5. Sie haben das Recht auf eine Gesundheitsberatung. Die Aktiv Reha bietet Ihnen diesen Termin kostenlos und zusätzlich zu Ihren Behandlungsterminen in Kooperation mit dem Netzwerk Gesundheitsberatung gemeinnützige UG, Kronenstraße 33, in Bietigheim an. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, einem Gesundheitsberater oder einem befugten Dritten, z.B. einem EDV-Beauftragten, notwendige Daten (insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsverläufe, Befunde, Krankenversicherung etc.) zur Verfügung zu stellen. Auch diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen.

6. **Datenschutzerklärung:** Um Ihnen eine angemessene und auf ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeiten) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Einrichtung standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, falsche Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an Ihren behandelnden Therapeuten. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

7. **Einwilligung zur Weitergabe von Daten zu Zwecken der Buchhaltung und Steuerberatung sowie EDV-Service.** Als Unternehmen unterliegen wir einer Vielzahl von Gesetzen im Hinblick auf Buchhaltung, Steuerberatung und Datenverarbeitung. Wir arbeiten hierbei mit HERA Steuerberatungsgesellschaft, Silberbachstraße 11 in 79100 Freiburg und Christel Schmidt, Büroservice, Untere Ringstraße23, 79859 Schluchsee, zusammen. Die für diese Zwecke notwendigen, persönlichen Daten (insbesondere Name, Anschrift) geben wir weiter. Daten werden bei uns größtenteils elektronisch verarbeitet. Technisch werden wir dabei von ASK-Computer GmbH & Co. KG., Längenloh 16, 79108 Freiburg, betreut. Der Einblick auf Patientendaten ist insofern im Problem- oder Wartungsfall möglich. Eine Verpflichtungserklärung zur Wahrung der Vertraulichkeit liegt vor.
8. **Einwilligung zur Fotodokumentation:** Zur besseren Trainingsorganisation- und dokumentation wird von Ihnen zu Beginn Ihres Trainings ein Foto von Ihnen aufgenommen. Selbstverständlich unterliegen auch diese Daten in unserer Praxis dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt und niemals an unberechtigte Dritte weitergegeben. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation im Rahmen meines Trainings erstellt und zu rein therapeutischen und organisatorischen Zwecken EDV-gestützt gespeichert wird.
9. **Widerrufserklärung:** Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann. Das entsprechende Formular erhalten Sie an unserer Rezeption.

Datum

Unterschrift des Patienten

Medizinische Angaben

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen im Rahmen Ihrer Möglichkeiten.
Alle Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Wir möchten Kontraindikationen für eine Behandlung ausschließen oder wichtige Hinweise für die Gestaltung des Therapieprozesses erhalten. Bitte kreuzen Sie entsprechend an, wenn Punkte im Bezug auf ihr Verhalten, Erkrankungen, Operationen usw. zutreffend sind.

Medikamenteneinnahme

- entzündungshemmende Medikamente (z.B. Voltaren, Ibuprofen usw.)
- schmerzhemmende Medikamente
- Antidepressiva
- Hormone (z.B. Cortison, Schilddrüsenmedikamente)
- blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)
- Bluthochdruckmedikamente

Herzerkrankungen

- Herzinfarkt Koronare Herzkrankheit (KHK) Bluthochdruck Herzschrittmacher
- sonstige Herzerkrankungen, wenn ja welche _____

Sonstige Erkrankungen

- Krebserkrankungen Neurologische Erkrankung
- sonstige Erkrankung, wenn ja welche _____

Operationen

- Operationen, wenn ja welche _____

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen der obigen, therapie- und organisationsrelevanten Angaben mitzuteilen.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten

Bitte informieren Sie mich zu weiteren Angeboten in Ihrer Einrichtung:

- Rückenanalyse / Rückentrainingsprogramm
- Aktiv Reha Pro
- Medizinische Trainingstherapie (MTT)
- Präventionskurse
- Laktatanalyse/ Herz- Kreislauf- Test