

## ANMELDUNGSFORMULAR PRIVAT - VERSICHERTEN

Bitte füllen Sie diese Anmeldung so vollständig wie möglich aus.

----- Name	----- Vorname	----- Geburtsdatum
----- Straße + Hausnummer	----- PLZ + Wohnort	----- E-Mail
----- Tel. privat	----- Tel. dienstlich/ Mobil	

### Hinweise zur Praxisordnung

1. Unser Anliegen und Anspruch ist es, für Sie die qualitativ bestmögliche Therapie anzubieten. Hierfür sind wir auf stabile Umsätze angewiesen. Um dies zu gewährleisten und uns vor Umsatzausfällen zu schützen, hat uns der Gesetzgeber im §615 BGB die Möglichkeit gegeben, für kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine eine Ausfallgebühr\* zu berechnen, wobei Eltern/Erziehungsberechtigte für ihre Kinder haften.  
Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte möglichst rechtzeitig ab, damit wir ihn neu vergeben können.
2. Absagen sind bis zum Arbeitstag (Mo.-Fr.) vor Ihrem jeweiligen Termin kostenfrei.  
\* Für den ersten nicht rechtzeitig abgesagten Termin werden 5 € fällig (berechnet für bis zu 20 Minuten Termine; bei längeren Terminen entsprechend höher). Ein weiterer versäumter Termin, innerhalb der gleichen Verordnung, wird zum vollen Kassensatz berechnet.  
Der nicht eingehaltene Behandlungstermin kann, nach Zahlung der Ausfallgebühr, nachgeholt werden!
3. Die Absagenregelung gilt unabhängig vom Grund einer Absage Ihrerseits!

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass:

1. Terminabsprachen und Terminänderungen während der Bürozeiten, d. h. möglichst zwischen 9.00 und 11.00 Uhr vorzunehmen sind; außerhalb den Bürozeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet;
2. wenn ein Termin von der Praxis aus nicht stattfindet, sie dafür nicht haftbar gemacht werden kann. Der Termin wird aber möglichst zeitnah nachgeholt;
3. nachdem meine Behandlungsserie zu Ende ist, ich eine Rechnung erhalte; Zahlungsziel ist 14 Tage ab Rechnungsdatum. Ohne Zahlungserinnerung erfolgt bei nicht Zahlung eine Mahnung nach 30 Tage ab Rechnungsdatum. Die Mahngebühr beträgt zurzeit 5 €;
4. etwaige Ersatzansprüche gegen die Praxis und/oder seine Mitarbeiter, auf den Höchstbetrag der Haftpflichtversicherung der Praxis beschränkt sind; (bitte Rückseite weiterlesen)

5. Gerichtsstand der Niederlassungsort der Praxis ist;

6. ich mit meiner Unterschrift bestätige, dass meine Angaben richtig und vollständig sind, dass ich die Hinweise gelesen habe und sie akzeptiere.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigter

Leider können wir nicht ausschließen, dass wir einen Termin ändern müssen.  
Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in diesem Fall anrufen?

Ja       Nein

## § 1 Datenschutz

Die nachfolgende Einverständniserklärung zur Datenerhebung ist Bestandteil der Vereinbarung.

### Einverständniserklärung Datenerhebung

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung einverstanden bin.
- Die vorstehenden Erklärungen gelten auch für zukünftige Behandlungen und können jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
- Die Praxis verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung nicht ohne meine Einwilligung an unbeteiligte Dritte weiterzugeben, mit Ausnahme dann, wenn ein berechtigtes Interesse der Praxis vorliegt (z. B. wenn die Praxis anwaltliche Hilfe braucht um eine Rechnungszahlung durchzusetzen, Inanspruchnahme einer Abrechnungszentrale)
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich darüber informiert zu sein eine Kopie dieser Einverständniserklärung auf der Website der Praxis downloaden zu können.

## § 2 Datenschutzbeauftragter

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit in Nordrhein-Westfalen ist

**Bettina Gayk**

Postfach 20 04 44      Kavalleriestraße 2-4      Telefon: 02 11/384 24-0      E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)  
40102 Düsseldorf      40213 Düsseldorf      Telefax: 02 11/384 24-999      Homepage: <http://www.ldi.nrw.de>

## § 3 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigter

Stand 01.01.2022