

Behandlungsvertrag und Kurzanamnese

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. (tagsüber erreichbar) _____ E-Mail-Adresse: _____
freiwillige Angabe

Sie kommen zur Fußbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. **Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).**

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Informationen zur Datenerhebung nach Art. 13 DSGVO

Die podologische Praxis erhebt Ihre Daten zum Zweck der Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und zu seiner Durchführung. Die Datenerhebung hat ihre gesetzliche Grundlage in Art. 6 Abs. 1 lit. b und f DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet statt, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist (Ärzte, Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, Krankenkassen, Abrechnungsstellen). Die Daten werden nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind.

Sie haben das Recht, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten zu verlangen. Außerdem können Sie bei Unrichtigkeit der Daten deren Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten bzw. Einschränkung der Verarbeitung fordern. Es besteht ferner ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Schließlich steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Für Ihre Unterlagen erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die Schweigepflicht fallen.

Allgemeine Anamnese:

Hatten / Haben Sie eine der folgenden Krankheiten

Diabetes mellitus (Zucker) ja nein Wissen Sie Ihren Hba1C-Wert? _____

Allergische Reaktionen ja nein Falls ja, welche?:

Nehmen Sie Blutverdünner? ja nein

Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte _____

Gelbsucht Leberkrankheit HIV-Inf. nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein

ggf. welche _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
Ich erkenne die gültige Preisliste und die AGB's zum Zeitpunkt der Behandlung an.

Datum Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Teilen Sie bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und ihrer Adresse mit!