



PHYSIOTHERAPIEZENTRUM  
SAALFELDEN

# AUFNAHMEBOGEN

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Adresse

.....  
PLZ

.....  
Wohnort

.....  
Telefon/Mobil

.....  
E-Mail

.....  
SV-Nummer

.....  
Geburtsdatum

.....  
Krankenkasse

.....  
Therapierelevante Krankheiten und Medikamente

Wir sind ein Physiotherapiezentrum auf Rückverrechnungsbasis. Nachdem Sie Ihre Rechnung am Ende eines Therapieblocks an uns überwiesen oder bar bezahlt haben, können Sie diese zur Teilrefundierung an ihre Krankenkasse schicken. Eine private Zusatzversicherung übernimmt oftmals den Restbetrag, (bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich bei Ihrer Privatversicherung). Vereinbarte Termine können bis zu 24 Stunden vor Therapiebeginn geändert oder abgesagt werden, ansonsten wird der versäumte Therapietermin in Rechnung gestellt.

Bringen Sie bitte zu jeder Therapieeinheit ein großes Hand- oder Leintuch mit. Sollten Sie spezielle Bekleidung benötigen (Sportschuhe etc.) werden Sie von Ihrem/Ihrer Therapeuten/in darauf hingewiesen. Unser Physiotherapiezentrum verfügt über eine Partnerschaft mit dem angeschlossenen Fitnessclub MYGYM, wo Sie gerne an jenen Tagen, wo Sie physiotherapeutisch betreut werden, kostenlos nutzen können. Voraussetzung für die Benützung der Geräte ist eine persönliche Einführung durch Ihren/Ihre Therapeuten/in. Die Benützung der Geräte erfolgt auf eigene Gefahr, so dass bei Unfällen von unserer Seite keine Haftung übernommen werden kann!

Wir danken nochmals für Ihr Vertrauen und wünschen Ihnen einen optimalen Therapiestart. Für etwaige Fragen steht Ihnen das Igia Team jederzeit gerne zur Verfügung.

.....  
Name, Datum

.....  
Unterschrift Patient



PHYSIOTHERAPIEZENTRUM  
SAALFELDEN

## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR VERARBEITUNG VON DATEN BESONDERER KATEGORIE (v.a. Gesundheitsdaten)**

Ich willige im eigenen Namen ein, dass das Physiotherapiezentrum Saalfelden (im Folgenden „Physiotherapiezentrum“ genannt) meine personenbezogenen Daten, insbesondere

Daten besonderer Kategorie, wie Gesundheitsdaten, Verordnungen sowie Daten über besondere Bedürfnisse, zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- Betrieb eines Physiotherapiezentrums samt Terminvereinbarungen, Abrechnungen, Bewilligungen von Verordnungen
- Therapieplanerstellung und gesetzliche Dokumentationen
- Erstellung von Trainingskonzepten und Gesundheitsanalysen

Weiters stimme ich der Übermittlung der Daten an die gesetzlichen Krankenkassen und deren Erfüllungsgehilfen (externe Buchhaltung) zu.

All meine in dieser Erklärung genannten Daten bleiben entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsdauer gespeichert.

Mir ist bekannt, dass die Regelungen zum Datenschutz auf dem Webportal unter [www.physiotherapie-saalfelden.at/datenschutz](http://www.physiotherapie-saalfelden.at/datenschutz) abgerufen, sowie im Physiotherapiezentrum öffentlich zugänglich und gut ersichtlich eingesehen werden können. Hiermit bestätige ich, dass ich eine Abschrift der Datenschutzbestimmung erhalten habe, diese gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

.....  
Name, Datum

.....  
Unterschrift Patient

### **ZUSTIMMUNG ZUR KONTAKTAUFNAHME**

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns besonders wichtig, deshalb bitten wir um Ihre gesonderte Zustimmung zur Versendung von Informationen, Newslettern und Angeboten.

Ich stimme zu, elektronische Post und sonstige Zusendungen in jeglicher Form zu erhalten. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich berechtigt bin, diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise gegenüber dem Physiotherapiezentrum schriftlich an [k.beran@physiotherapie-saalfelden.at](mailto:k.beran@physiotherapie-saalfelden.at) zu widerrufen.

.....  
Name, Datum

.....  
Unterschrift Patient