



Podologie Zentrum

Praxis für Fußtherapie

Grüne Straße 4, 26121 Oldenburg, Tel. 0441-59461141 – Fax 0441-59461097
Mitglied im ZFD Landesverband Niedersachsen **Zugelassen für alle Kassen nach §124 SGB V**
IK-Nummer Magdalena Siwak- 390305543

Patientenaufnahme

Bitte informieren Sie uns vor der Behandlung, wenn bei Ihnen Kreislaufprobleme oder Epilepsie bestehen.

Wir nehmen uns für jeden Patienten ausreichend Zeit. Dadurch kann es gelegentlich zu kleinen Verzögerungen im Terminablauf kommen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Anrede: Frau / Herr / Divers / Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ / Ort: _____

Straße / Nr.: _____

Telefon / Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt / Diabetologe: _____

Privat versichert: Ja _____

Nein _____

Ich bin damit einverstanden, dass mich das **Podologie Zentrum Oldenburg telefonisch, per SMS oder per E-Mail** zur Terminbestätigung, Terminänderung oder Terminerinnerung kontaktieren darf.

Behandlungsvertrag

§1 Vertragsabschluss

Mit Ihrer Unterschrift schließen Sie einen rechtsverbindlichen Behandlungsvertrag mit dem **Podologie Zentrum Oldenburg** auf Grundlage der jeweils gültigen Preisliste.

§2 Kostenregelung

Gesetzlich Versicherte: Mit gültiger Heilmittelverordnung übernimmt die Krankenkasse die Behandlungskosten. Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Patienten zu leisten, sofern keine Befreiung vorliegt.

Ohne gültige Heilmittelverordnung sind die Behandlungskosten vom Patienten selbst zu tragen.

Privat Versicherte: Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Patienten. Die Erstattung richtet sich nach den Vertragsbedingungen der jeweiligen Versicherung.

§3 Terminvereinbarung / Ausfallgebühr

Wir führen eine Bestellpraxis. Vereinbarte Termine sind verbindlich. Terminabsagen müssen spätestens **24 Stunden** vor dem Termin erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte oder unentschuldig versäumte Termine können gemäß **§§ 611, 615 BGB** privat in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich unverschuldeter Verhinderung (z. B. Krankenhausaufenthalt oder akuter Notfall) gegen Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung.

Datenschutzerklärung

Verantwortlich für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten ist das **Podologie Zentrum Oldenburg**.

Zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung erheben und speichern wir personenbezogene Daten wie Name, Anschrift, Krankenkassendaten sowie Behandlungsdokumentationen.

Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der medizinischen Behandlung, zur Abrechnung sowie zur Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten.

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Datenübertragbarkeit gemäß DSGVO.

Ich erkläre mich mit den oben genannten Vereinbarungen einverstanden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/

in: _____

Hinweis: Bitte erscheinen Sie möglichst 5 Minuten vor Ihrem Termin.