



Datenschutzinformationen zu First American Chiro

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Abs. 1b SGB V

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- die Praxis First American Chiro alle im Rahmen meiner Kontakte mit der Praxis erhobenen personen- und gesundheitsbezogenen Daten (Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Arztbriefe, etc.) im Rahmen gesetzlicher Datenschutzvorgaben speichern darf.
- Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten für praxisnahe Zwecke (z.B. Geburtstagsaktion, ...) zu.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann, wobei mir bewusst ist, dass der Gesetzgeber verpflichtende Aufbewahrungsfristen für Gesundheitsdaten vorschreibt, auf die die Praxis keinen Einfluss hat. Es gelten die im Praxiseingang ausgehängten AGB's.

Ich habe die Datenschutzerklärung <https://firstamericanchiro.de/datenschutz/> gelesen und verstanden und erkläre mich mit der Erhebung und Nutzung meiner mitgeteilten personenbezogenen Daten im Rahmen des Behandlungsvertrags einverstanden.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift des Patienten



Datenschutzinformationen zu Doctolib

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib.

Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Ich habe die Datenschutzerklärung von Doctolib gelesen und verstanden und erkläre mich mit der Erhebung und Nutzung meiner mitgeteilten personenbezogenen Daten im Rahmen des Behandlungsvertrags einverstanden.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift des Patienten



Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten. Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich habe die obige Ausführung/Information gelesen und verstanden. Es gilt die gewählte Auswahl.

Name: _____ Datum: _____
Unterschrift des Patienten

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

Ja, ich möchte Recalls erhalten. Nein, ich möchte keine Recalls erhalten.

Ich habe die obige Ausführung/Information gelesen und verstanden. Es gilt die gewählte Auswahl.

Name: _____ Datum: _____
Unterschrift des Patienten



Information zur Kostenerstattung und Behandlungspakete bei First American Chiro

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, Lieber Patient,

- unsere Leistungen entsprechen einer privaten Liquidation. Vertragspartner sind Sie, als Patient.
- Die Bezahlung erfolgt nach der Behandlung und kann in Bar oder mit Karte beglichen werden.
- Die Abrechnung aller Untersuchungs- und Behandlungskosten erfolgt nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).
- Wenn Sie privat versichert sind oder über eine Heilpraktiker-Zusatzversicherung verfügen, werden die Kosten für eine chiropraktische Behandlung im Rahmen der vereinbarten Leistungen erstattet. Außerdem erfolgt eine Übernahme der Behandlungskosten bei Beamten durch die Beihilfe und bei Polizeibeamten durch die Heilfürsorge. Je nach Vertragsverhältnis werden die entstehenden Kosten möglicherweise jedoch nicht oder nur teilweise übernommen; bitte informieren Sie sich dahingehend bei Ihrer Krankenversicherung bzw. dem zuständigen Ansprechpartner.
- Von den gesetzlichen Krankenversicherungen werden heilpraktische Behandlungen in der Regel nicht erstattet. Über mögliche Ausnahmeregelungen sprechen Sie bitte mit Ihrer Krankenversicherung. Allerdings können Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung die Kosten einer Behandlung beim Heilpraktiker im Rahmen der Steuererklärung als außergewöhnliche Belastung geltend machen.
- Alle in Vorleistung abgeschlossenen Behandlungspakete werden nur in Ausnahmefällen erstattet.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ich habe die obige Ausführung/Information gelesen und verstanden.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift des Patienten



Risikoaufklärung zu Ihrer Behandlung bei First American Chiro

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebieten uns jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

Behandlungsrisiken:

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs.

Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktorisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden. Die chiropraktorische Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule ist ebenfalls sehr risikoarm. Nur in 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten.

Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Halswirbelsäulenschlagader (Ateria vertebralis) durch eine chiropraktorische Manipulation der HWS noch geringer ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, zu einer solchen Komplikation führen könnte.

Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskelkaterähnliche Schmerzen auf. In der Regel verschwinden diese schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt werden. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen. Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Chiropraktor.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ich habe die obige Ausführung/Information gelesen und verstanden.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift des Patienten