



Dr. med. Andreas Beck
Hilpoltsteiner Str. 37
91154 Roth

Telefon: 09171-8575688
Telefax: 09171-8575689
info@kjp-beck.de
www.kjb-beck.de

PatNachname, PatVorname PatGeburtsDatum

Dr. Andreas Beck | Hilpoltsteiner Straße 3 | 91154 Roth

Behandlungsvereinbarungen und Information zur Datenerfassung

Es wird zugesichert, dass derzeit keine laufende Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen Institutsambulanzen, anderen SPV-Einrichtungen oder KJP-Praxen wahrgenommen wird.

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden bitten wir um **Terminabsagen mindestens 24 Stunden** vor dem Terminsicherzustellen.

Für Terminversäumnisse ohne rechtzeitige Absage per Telefon oder Email ohne akuten

Grund

seitens der Patienten/Innen wird **einem Ausfallshonorar zzgl. MwSt. zugestimmt.**

Bei gesetzlich Versicherten **bei Terminversäumnis EUR 60,-**

Bei Privatversicherten mindestens **50% gemäß GOÄ** je nach geplantem Termin.

Dies gilt auch für nicht abgesagte / bzw. wahrgenommene Erstkontakte.

Bei Selbstzahlern, Privatversicherten oder Wunschleistungen wird zugestimmt, dass die anfallenden Kosten vollständig übernommen werden, falls die Versicherung einzelne Leistungen nicht oder nur in Teilen übernimmt.

Änderungen der Kontakt-, Versicherungs- oder relevanter Angaben werden umgehend selbstständig mitgeteilt.

Mit dem Beginn der Behandlung in der Praxis unterliegen alle Ihre Daten den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und werden nur zum Zweck der Behandlung erfasst und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet.

Um mit Ihnen per Telefon und E-Mail in Kontakt treten zu können, möchten wir Ihre Daten in elektronischer Form erfassen und benötigen dazu Ihre gesonderte Einwilligung.

Es ist bekannt, dass der Datenschutz im Internet und bei digitalen Medien nicht immer sicher gewährleistet werden kann.

Das Einverständnis kann für die Zukunft widerrufen werden.

Für weitergehende Informationen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne unsere Informationsbroschüre „**Datenschutz - Wir achten Ihre Rechte**“ zur Verfügung. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch.

Ich/ Wir sind einverstanden mit der Speicherung meiner/ unserer (*bitte ankreuzen*)

Telefonnummern und

E-Mail-Adresse

Roth, Tagesdatum

.....

Unterschriften Sorgeberechtigte(r) und PatientIn (ab 14 J.)