



**Cornelia-Alexandra Krebs**  
**Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin**

**Viktoriastr. 11 – 25524 Itzehoe**  
**Tel: 04821 / 40 82 46 4 – Fax: 04821 / 40 82 46 5**  
**E-Mail: [praxis@reha-aerztin.de](mailto:praxis@reha-aerztin.de) – Homepage: [www.reha-aerztin.de](http://www.reha-aerztin.de)**

---

Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift

**Abrechnungshinweis über individuelle Gesundheitsleistungen gemäß GOÄ**

Individuelle Gesundheitsleistungen sind Leistungen die nicht im Rahmen der gesetzlichen Versicherung stehen, so dass diese vom Patienten selber zu zahlen sind. Viele Krankenkassen unterstützen diese Maßnahmen durch eine finanzielle Beteiligung aus dem Gesundheitsbudget. Die Höhe der Beteiligung ist von Kasse zu Kasse unterschiedlich.

Auch wir bieten unterschiedliche individuelle Gesundheitsleistungen an, die wir als gesundheitsfördernd individuell empfehlen.

Vor jeder Therapie erfolgt eine gesonderte Aufklärung und die Kosten für Serien werden vertraglich festgehalten. Für Therapien wie Kinesio Taping, lokale und Hyaluron-Injektionen, ärztl. Osteopathie, Laser, Galileo und Atteste wird eine Zuzahlung erhoben, für die eine Privatliquidation erstellt wird.

**Ausfallpauschale!!**

**Für Termine, die nicht 24 Std. vorher abgesagt werden, berechnen wir die Ausfallpauschale von 10,72€ (GOÄ Ziffer 1 ärztliche Beratung).**

**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V**

**Ich bin damit einverstanden,**

- dass die Praxis Krebs meine Daten an das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) übermittelt – dies beinhaltet die Speicherung meiner Daten (Notfalldatenmanagement, eRezept, eMedikamentenplan, eArztbrief und ePatientenakte) auf der elektronischen Gesundheitskarte.
- dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die Praxis Krebs ist verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- dass die Praxis Krebs, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und/oder behandelnden Facharzt, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Die Praxis Krebs darf diese Informationen nur zum Zwecke der notwendigen Behandlung verwenden.
- dass die Praxis Krebs Behandlungsdaten und Befunde, zum Zwecke der notwendigen Behandlung an meine o. g. Krankenkasse/Krankenversicherung, weiterleiten darf.
- dass die Praxis Krebs Behandlungsdaten, zum Zwecke der notwendigen Behandlung an die Laborgemeinschaft Lademannbogen, weiterleiten darf.
- dass die Praxis Krebs, auf meinen persönlichen Wunsch, Verordnungen und/oder Befunde unverschlüsselt per E-Mail/Fax oder per Post an Hausarzt, Apotheke oder Physiotherapeuten verschickt oder ggf. durch Dritte abgibt.

Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre freiwillig mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Itzehoe, den

Unterschrift (ab 14. Lj.);

Unterschrift / Erziehungsberechtigter (bis 18.Lj.)