

Vereinbarung für Gutscheineinlöser

zwischen Kunde / Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
Tel. privat: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

und o.a. **Praxis Physio Vida**

Um eine sichere Behandlung zu gewährleisten, informieren Sie Ihre behandelnde Physiotherapeutin bitte vor Beginn der Anwendung über vorbestehende Grunderkrankungen und Gesundheitszustand, wie zum Beispiel: frühere Unfälle, Verletzungen, Operationen, schwere Erkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen sowie bestehender Schwangerschaft.

Datenschutz

Die anwendungsrelevanten persönlichen Angaben des Patienten werden in einer Kartei erhoben und gespeichert. Ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung oder eine gesetzliche Grundlage werden Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte weiter gegeben. Sollten im Rahmen der Behandlung Nebenwirkungen auftreten, bitte ich um sofortige Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. Der Aufklärungsbogen wurde von mir gelesen und verstanden. Bestehende Fragen wurden erläutert und geklärt.

Ich, _____ bin damit einverstanden, auf eigene Verantwortung ohne Heilmittelverordnung in der **Praxis Physio Vida** behandelt zu werden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift / Einverständnis _____