



## ANMELDUNG

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Ihre Daten werden zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert. Der Datenschutz ist gewährleistet. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Frau	Herr	Nachname																											
Vorname												Geburtsdatum																	
Straße, Hausnummer,																													
PLZ, Ort																													
Telefon Mobil												E-Mail																	
Überweisender Arzt																													
Name Ihrer Krankenkasse																													
Mitglied <input type="checkbox"/>				Angehöriger <input type="checkbox"/>				Rentner <input type="checkbox"/>				Sind Sie von Zuzahlungen befreit?				Ja <input type="checkbox"/>				Nein <input type="checkbox"/>									
Bei Zuzahlungsbefreiung Zeitraum:												vom						bis zum											
Beihilfe berechtigt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																													

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?								zuweisender Arzt <input type="checkbox"/>								Internet <input type="checkbox"/>								Freunde und Bekannte <input type="checkbox"/>							
Name																															

---

Sollten Sie ausnahmsweise einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir ansonsten gezwungen sind, Ihnen diesen Termin privat in Rechnung zu stellen.  
Wenn Sie sich ein großes Handtuch mitbringen, haben Sie die ideale Unterlage für Ihre Behandlung. Wir wünschen Ihnen einen guten Behandlungsverlauf.

Ich erkenne die Rahmenbedingungen von Rehapark Frankfurt an:

---

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten
------------	----------------------------



## Vor-Anamnesebogen

Name	Alter	Geschlecht
Beruf + Wochenarbeitszeit	Hobbies/Sport	
Diagnose	Unfall: Art und Datum	
<b><u>Aktuelle Beschwerden</u></b> Beschreiben Sie diese mit eigenen Worten. Können Sie einen Auslöser für Ihre Beschwerden identifizieren?		
Ist eine Op geplant? Wenn „Ja“: Wann soll die OP stattfinden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde operiert? Wenn „Ja“: Wann wurde operiert? Was wurde operiert?  Gibt es ein Nachbehandlungsschema?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein; Wenn „ja“ bitte mitbringen.	
<b><u>Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert:</u></b>		
Krebs. Wenn ja, welche Art? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art:	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzprobleme. Wenn ja, welche Art? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art:	Andere entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schlaganfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Depressionen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Thrombose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### AA REHAPARK FRANKFURT GmbH



Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder anderen Substanzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche?	Nierenerkrankungen. Wenn ja, welche Art? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art:		
Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere:		
<b><u>Bitte nenne Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen etc.) und das ungefähre Datum der Verletzung, sowie ggf. Datum der OP:</u></b>			
<b><u>Wurde ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt?</u></b>			
Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krebs <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Depression <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schlaganfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Entzündliche Erkrankungen (Rheuma, M. Bechterew) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<b><u>Weitere Anmerkungen:</u></b>			
Unterschrift Therapeut	Datum	Unterschrift Patient	Datum

## AA REHAPARK FRANKFURT GmbH



## Datenschutzverordnung

Sehr geehrte Patienten,  
mit Inkrafttreten der Datenschutz- Grundverordnung (DS-GVO) zum 25.05.2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre personenbezogenen Daten erhebt, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

### **1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:**

AA Rehapark Frankfurt GmbH  
Geschäftsführer: Alexander Althenn  
Ginnheimer Straße 11  
60487 Frankfurt am Main  
info@rehapark-frankfurt.de

### **2. Ein ständiger Vertreter oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden**

### **3. Personenbezogene Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der medizinischen Versorgung sowie zur Abrechnung von Behandlungsleistungen erhoben. Sie werden ggf. im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um Ihre Kontaktdaten und um Angaben zu Ihrer Gesundheit wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieansätze, Befunde, usw.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und der AA Rehapark Frankfurt GmbH eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

Nach §630 f BGB werden Ihre personenbezogene Daten in der Praxis noch mindestens 3 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt.

### **4. Datenübermittlung**

Die Übermittlung Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (z.B. Ärzte), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.

---

#### **AA REHAPARK FRANKFURT GmbH**

Ginnheimer Strasse 11 | 60487 Frankfurt am Main | Tel. 069 27 29 37 53 | E-Mail: info@rehapark-frankfurt.de | www.rehapark-frankfurt.de | Steuernummer: 045 228 00840 Finanzamt Frankfurt am Main III | HRB 123546 Amtsgericht Frankfurt am Main |

**Sparkasse Hanau IBAN: DE73 5065 0023 0000 1421 09 BIC: HELADEF1HAN**



Die AA Rehapark Frankfurt GmbH lässt die Abrechnung der physiktherapeutischen Heilmittelverordnungen bei der Verrechnungsstelle

RFHM GmbH  
Brünsteinstrasse 10  
81541 München

Ausschließlich zu diesem Zweck werden der Verrechnungsstelle Namen, Adresse und abrechnungsrelevante Daten des Patienten übermittelt.

## 5. Ihre Rechte

Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschieden Rechte zu:

Sie können jederzeit Auskunft über die erhobenen Daten sowie die Berichtigung falscher Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung sowie Einschränkung der Verarbeitung oder Sperrung der gespeicherten Daten zu. Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit Wiederrufen.

Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

## 6. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Praxis,
- Art. 6 Abs. 1b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS- GVO,
- §22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG

Wenn Sie noch Fragen zu einzelnen Punkten haben, wenden Sie sich selbstverständlich jederzeit an uns.

**Ort, Datum:**

---

**Name Patient/in:**

**Unterschrift Patient/in:**

---

### AA REHAPARK FRANKFURT GmbH

Ginnheimer Strasse 11 | 60487 Frankfurt am Main | Tel. 069 27 29 37 53 | E-Mail: info@rehapark-frankfurt.de | www.rehapark-frankfurt.de | Steuernummer: 045 228 00840 Finanzamt Frankfurt am Main III | HRB 123546 Amtsgericht Frankfurt am Main |

**Sparkasse Hanau IBAN: DE73 5065 0023 0000 1421 09 BIC: HELADEF1HAN**

---

Name, Vorname

## Einwilligungserklärung

1. Hiermit befreie ich meine\*n therapeutische\*n Behandler\*in für diese und künftige Behandlungen von seiner\*ihrer beruflichen Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten an die rfhm GmbH, Brunnsteinstr. 10, 81541 München, Tel.: 089 21540010 (im Folgenden „rfhm“) einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. rfhm ist Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

2. Ich erkläre mein Einverständnis zur Abrechnung durch die rfhm, zur Abtretung der Forderungen gegen sämtliche gesetzlichen Krankenkassen an die rfhm sowie zum Forderungseinzug durch diese und zu der jeweils erforderlichen Weitergabe, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung der für Abrechnung, Abtretung und Forderungseinzug notwendigen (besonderen) personenbezogenen Daten an die rfhm. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt. Mir ist bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen die rfhm Forderungsinhaber wird und mein\*e therapeutische\*n Behandler\*in im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge\*in gehört werden kann; ich entbinde diese\*n sowie die rfhm von der Verschwiegenheitsverpflichtung auch im Hinblick auf Abtretung und Forderungseinzug. Die Einwilligung umfasst auch die ggf. Weiterabtretung zu Refinanzierungszwecken seitens der rfhm an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, diese allerdings anonymisiert.

3. Die Weitergabe, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung erfolgt auf Grundlage dieser Einwilligung. Diese Einwilligung ist freiwillig, sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen, jedoch nur mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden, gleiches gilt für eine Einschränkung der Verarbeitung; Hierzu kann ich mich an die obige Anschrift der rfhm wenden. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

4. Ich habe jederzeit das Recht, über die vorgenannten Kontaktdaten kostenlos Auskunft zu erhalten über meine gespeicherten Daten, sowie die Berichtigung, Löschung oder Datenübertragbarkeit zu verlangen. Ebenso kann ich mich bei Fragen an die Datenschutzbeauftragte der rfhm, die activeMind AG, Potsdamer Strasse 3, 80802 München wenden. Es besteht außerdem ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde.

5. Hiermit willige ich in die o.g. Punkte ein und bestätige, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe.

---

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift des\*r Patient\*in bzw. im Falle von Kindern / nicht oder eingeschränkt Geschäftsfähigen der\*die berechnigte\*n Erziehungsberechtigte\*n / Vertreter\*in