



## 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																							
												Geburtsdatum													
Vorname																									
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:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzprobleme. Wenn ja, welche Art? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere entzündliche Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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	<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	<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	<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	<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	<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>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:</b>			
<b>Wurde ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt?</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>Weitere Anmerkungen:</b>			
Unterschrift Therapeut	Datum	Unterschrift Patient	Datum

## AA REHAPARK FRANKFURT GmbH



## REHAPARK FRANKFURT

Zentrum für Physio- & Trainingstherapie

Ginnheimer Strasse 11  
60487 Frankfurt am Main

Telefon: +49 (0) 69 27 29 37 53  
Mail: [info@rehapark-frankfurt.de](mailto:info@rehapark-frankfurt.de)  
Web: [www.rehapark-frankfurt.de](http://www.rehapark-frankfurt.de)

### Behandlungs-Honorarvertrag

zwischen **AA REHAPARK FRANKFURT GmbH**  
und Herr/Frau

wird folgender Honorarvertrag geschlossen:

1. Die Abgabe der physiotherapeutischen Leistungen wird gemäß der aktuellen Preisliste je Behandlungseinheit erfolgen.
2. Sollten Sie ausnahmsweise einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir ansonsten gezwungen sind, Ihnen diesen Termin abzurechnen.
3. Die Honorarrechnung ist nach Erhalt sofort zahlbar, unabhängig vom Umfang und Zeitpunkt der Erstattung durch die Versicherung.

Frankfurt, den \_\_\_\_\_

**AA REHAPARK FRANKFURT GmbH**

Geschäftsführer: Alexander Althenn



## 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, Therapievorschlüsse, 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**