

DEICHPRAXIS

OSTEOPATHIE & PHYSIOTHERAPIE

Guten Tag!

Ich begrüße Sie herzlich in der Deichpraxis.

Um den Therapieablauf so reibungslos wie möglich zu gestalten, möchten ich folgende Absprachen mit Ihnen treffen:

TERMINE:

Bitte erscheinen Sie rechtzeitig zum Termin. Ich bin meinerseits bemüht die vereinbarten Termine und Zeiten einzuhalten. Bitte sagen Sie frühzeitig ab, wenn Sie verhindert sind. Termine die nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagt werden, stelle ich Ihnen zum kassenüblichen Satz laut Ihrer Verordnung privat in Rechnung (§ 615 BGB) bzw. zum vereinbarten Selbstzahlersatz.

AUFSICHTSPFLICHT:

Bitte beaufsichtigen Sie Ihr Kind im Wartebereich. Das Betreten der Therapieräume ist ohne Anwesenheit eines Therapeuten nicht erlaubt. Für Sie als Eltern/ Angehörige endet Ihre Aufsichtspflicht erst, wenn die Therapie begonnen wurde und beginnt wieder mit Ende der Therapie. Sollten Sie währenddessen abwesend sein, seien Sie bitte rechtzeitig zurück.

HAFTUNG:

Die Praxis haftet nicht für Schäden, die von Personen verursacht wurden, die nicht in einem Dienstverhältnis der "Deichpraxis" stehen.

Ich übernehme keine Haftung für die von Ihnen mitgebrachte Garderobe, Gegenstände und Wertsachen

SPEICHERUNG VON DATEN:

Sie erhalten von mir ein gesondertes Formular, in dem ich Sie über den Datenschutz in der Praxis informiere und Sie in die Datenverarbeitung einwilligen. Bitte beachten Sie auch den Aushang zum Thema EU Datenschutzgrundverordnung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie in die obenstehenden Absprachen einwilligen. Sie haben jederzeit das Recht Ihre Zustimmung zu diesem Formular zu widerrufen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____