

Patient:

Familienname:.....Vorname:.....Akad. Grad:.....

Versicherungsnummer/ Geburtsdatum: ___ / ___ / ___ Krankenkasse:

Zusatzversicherung:..... Spital Wahlarzt

PLZ Ort..... Straße:

Tel.Nr.:.....

Hauptversicherte/r:

Familienname: Vorname: Akad.Grad:.....

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: ___ / ___ / ___ Krankenkasse:

Wir ersuchen Sie, zu den vereinbarten Terminen pünktlich zu kommen.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein einen Termin wahrzunehmen, bitten wir Sie den Termin rechtzeitig **mindestens 48 Stunden** vorher zu verschieben/abzusagen. Termine, die nicht rechtzeitig storniert werden, werden in Rechnung gestellt. Beim ersten nicht wahrgenommenen Termin werden € 30,00 verrechnet, bei weiteren kurzfristig stornierten Terminen müssen wir das Gesamthonorar verrechnen.

Es kann notwendig sein, die Befundaufnahme und Therapie in Unterwäsche durchzuführen. Sollte dies aus persönlichen Gründen nicht gewünscht sein, bitten wir Sie, dies der Therapeutin/dem Therapeuten mitzuteilen.

Weiteres kann es nach der Therapie zu Reaktionen (Hautempfindlichkeit, Schmerzen, etc.) kommen.

Bitte Folgeseite beachten!

Einwilligungserklärung

Ich stimme zu, dass die Villa Medica, Medizinisches Kompetenzzentrum Betriebsges.m.b.H. sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten)

- an die in der Villa Medica, Medizinisches Kompetenzzentrum ansässigen Therapeuten (Vertretungen) weitergeben darf
- an den jeweils überweisenden Arzt weitergeben darf
- an die folgende E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail senden darf (in diesem Fall muss zwingend auch eine Telefonnummer angegeben werden, da zum Öffnen des Dokumentes ein Kennwort an die Telefonnummer verschickt wird):

Email:

Die Weitergabe und Anforderung der Informationen darf ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen.

Obenstehende Einwilligungen kann ich jederzeit mittels Brief an Neusiedlerstraße 19, 2340 Mödling oder per E-Mail an office@villa-medica.at, sowie telefonisch unter +43 2236 866 066 widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Ich habe diese Informationen gewissenhaft gelesen und erkläre mich einverstanden.

Meine Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt und an keine anderen als die oben angeführten Personen bzw. Einrichtungen weitergegeben.

.....
Datum

.....
Unterschrift