

Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Kurs an:

Kursbezeichnung		Kursbeginn
Kursgebühr in €		
Name / Vorname des Kursteilnehmers		Geburtsdatum
Name / Vorname des Erziehungsberechtigten		Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	
Telefon	Handy	E-Mail

Ich habe die allgemeinen Teilnahme- und Geschäftsbedingungen sowie die Datenschutzbestimmungen für das Kurswesen der Praxis für Physiotherapie gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Ort	Datum	Unterschrift des Teilnehmers/Erziehungsberechtigten
		Stempel des Veranstalters/Unterschrift

Allgemeine Teilnahme- und Geschäftsbedingungen für das Kurswesen der Praxis für Physiotherapie Anja Jüttemann

Vertragsschluss

Die mündliche oder schriftliche Anmeldung durch den Vertragspartner per Mail oder in der Praxis ist ein bindender Vertragsabschluss.

Rücktrittsrecht

Der Vertragspartner ist berechtigt, bis 2 Woche vor Kursbeginn kostenfrei vom Vertrag zurückzutreten. Der Rücktritt muss schriftlich und innerhalb der gewährten Frist erfolgen. Spätere Rücktritte gewähren keinen Anspruch auf Erstattung der Kursgebühr.

Wird der Platz anderweitig besetzt, kann der fällige Teilnehmerbetrag unter Abzug einer Bearbeitungsgebühr von 10,-€ pro Teilnehmer erstattet werden.

Die Praxis Jüttemann ist berechtigt, aufgrund zu geringer Teilnehmerzahlen oder Ausfall des Kursleiters vom Vertrag zurückzutreten. In einem solchen Fall werden die Vertragspartner unverzüglich informiert, Schadensersatzanspruch besteht nicht. Im Fall eines Kursausfalles unsererseits, wird der Kurs zu einem anderen Termin wiederholt. Der Nachholtermin wird rechtzeitig bekannt gegeben.

Widerrufsrecht

Der Vertragspartner hat das Recht, seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung ohne Angabe von Gründen schriftlich zu widerrufen. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt eine rechtzeitige Absendung des schriftlichen Widerrufs an: Praxis für Physiotherapie Anja Jüttemann, Goldstraße 13 in 48565 Steinfurt oder per Mail an info@physio-steinfurt.de. Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits bereits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Das Widerrufsrecht gilt nicht, wenn der gebuchte Kurs bereits stattgefunden und der Teilnehmer sie besucht hat.

Zahlung

Die mündliche oder schriftliche Anmeldung zum Kurs verpflichtet zur Zahlung der Kursgebühr. Die Zahlung der Kursgebühr hat spätestens zu Kursbeginn zu erfolgen. Die Bezahlung erfolgt bar und in voller Höhe in unserer Praxis. Die Praxis ist berechtigt, bei nicht rechtzeitiger Zahlung die Teilnahme am Kurs zu verweigern. Die Kursteilnahme ist nicht an andere Personen übertragbar und eine Auszahlung/Rückerstattung der Kursgebühr ist bei Abbruch oder Nichtantreten nur in Ausnahmefällen, wie z.B. einer schwerwiegenden Erkrankung möglich. In einem solchen Fall sind entsprechende Nachweise vorzuzeigen.

Teilnahmebescheinigung

Die Teilnahmebescheinigung zur Vorlage bei Ihrer (gesetzlichen) Krankenkasse erhalten Sie am letzten Kurstag. Sollten Sie an diesem Tag verhindert sein, können Sie die Bescheinigung innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung des Kurses in unserer Praxis abholen. Die Praxis weist darauf hin, dass für die Bezuschussung eines Kurses durch die Krankenkasse eine regelmäßige Teilnahme (mind. 80%) erforderlich ist. Die Kursgebühr ist unabhängig von einer eventuellen Bezuschussung durch die Krankenkasse in vollem Umfang durch den Kursteilnehmer zu leisten. Die Praxis übernimmt keine Garantie für eine Bezuschussung der Kurse durch die Krankenkassen. Der Kursteilnehmer ist selbstständig verantwortlich für die Beantragung derartiger Bezuschussung.

Kursorganisation, Kursplätze und Durchführung

Für jeden Kurs ist eine minimale und eine maximale Teilnehmerzahl festgelegt. Bei unzureichender Teilnehmerzahl wird der Kurs in der Regel nicht ab dem ausgeschriebenen Datum durchgeführt sondern beginnt zu einem späteren Zeitpunkt. Aus organisatorischen Gründen behält sich die Praxis vor, Kurse zeitlich zu verschieben oder zusammenzulegen. Fällt eine Kursleitung aus, kann die Praxis einen Kursleiterwechsel vornehmen oder eine Stellvertretung einsetzen.

Versäumte Lektionen

Grundsätzlich besteht kein Anspruch auf Nachholung versäumter Lektionen oder auf Zurückerstattung solcher. Findet ein Kurs derselben Art an einem anderen Wochentag statt, besteht die Möglichkeit bei Verfügbarkeit und rechtzeitiger Anmeldung durch den Kursteilnehmer die verpasste Lektion innerhalb desselben Kursquartals nachzuholen. Hierzu lässt sich der Teilnehmer einen Gutschein von seinem Kursleiter ausstellen und meldet sich entsprechend für die Nachholstunde an.

Haftung/Versicherung

Die Praxis schließt jegliche Haftung für entstandene Schäden aus. Die Benutzung der Anlagen und die Kursteilnahme erfolgen auf eigenen Verantwortung. Für mitgebrachte Gegenstände und Bekleidung wird keine Haftung übernommen. Bei allfälligen gesundheitlichen Problemen hat der Kursteilnehmer im Vorfeld einen Arzt zu konsultieren. Der Kursteilnehmer ist dazu verpflichtet, den Kursleiter spätestens bei Kursbeginn über chronische und bestehende Erkrankungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen zu informieren. Die Praxis übernimmt keine Haftung für Folgeschäden die aus der Missachtung dieser Informationspflicht resultieren. Der Veranstalter behält sich das Recht vor, bei gesundheitlicher Beeinträchtigung eine Bescheinigung über die Unbedenklichkeit der Teilnahme vom Arzt zu verlangen.

Programm- und Preisänderungen

Die Praxis behält sich Programm- und Preisänderungen sowie Änderungen der allgemeinen Geschäftsbedingungen vor.

Datenschutzklausel gemäß § 33 BDSG

Alle personenbezogenen Daten werden von der Praxis gespeichert und ausschließlich nach den geltenden Bestimmungen genutzt und verarbeitet. Ein Aushang informiert den Teilnehmer im Eingangsbereich der Übungsstätte.

Kontaktbogen/Gesundheitsfragebogen Praxis für Physiotherapie Anja Jüttemann

Herr ☐ Frau ☐

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ behandelnder Arzt: _____

PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____

e-mail: _____ Telefon/Handy: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Beruf:

- | | |
|--|---|
| ☐ überwiegend sitzend | ☐ überwiegend stehend |
| ☐ häufig körperlich anstrengend | ☐ abwechslungsreich |
| ☐ Schichtarbeit | ☐ nicht mehr berufstätig |

Angaben zur körperlichen Tätigkeit:

Treiben Sie Sport ☐ ja ☐ nein

Sportart: _____ Dauer: _____ Häufigkeit: _____

Diagnose lt. ärztlicher Verordnung: _____

Anamnese:

Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen oder akute Verletzungen im Bereich der Knochen, Sehnen oder Bänder?

☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, wo? _____

Leiden Sie unter:

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Arthrose? (wo?) | ☐ Hüfte | ☐ Knie |
| | ☐ Schulter | ☐ Sonstige |

☐ Künstliche Gelenke, wenn ja wo?.....

☐ Rückenprobleme? ☐ HWS ☐ BWS ☐ LWS

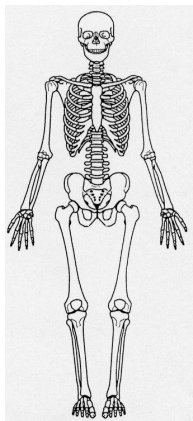
☐ Operation?, wenn ja wo?.....Wann?.....

☐ Bandscheibenvorfall?, wenn ja wo?.....Wann?.....

☐ Skoliose? ☐ Morbus Bechterew? ☐ Osteoporose?

☐ Haltungsschwäche?	☐ Unfallfolgen?	☐ Wirbelsäulenverschleiß?
☐ Herzerkrankungen?	☐ Infarkt	☐ Herzmuskelentzündung
☐ Ballonerweiterung (PTCA)	☐ Stent/Bypässe	☐ Bluthochdruck
☐ Diabetes Mellitus	☐ Lungenerkrankungen/Asthma/COPD	
☐ Morbus Parkinson	☐ Rheuma	☐ Krebs
☐ Krampfadern	☐ Schwangerschaft	

Leiden Sie unter Schmerzen? Wenn ja, wo? (kreisen sie ein)



rechts/links

Kopf
HWS
Schulter
Schultergürtel
BWS
Ellbogen
Handgelenke
LWS
Becken
Hüfte
Kniegelenke
Fußgelenke

Wann treten die Schmerzen auf?
.....
.....

Was lindert die Schmerzen?
.....
.....

Wie lange halten die Schmerzen an?
.....
.....

Seit wann haben Sie bereits die Probleme?
.....
.....

Wie stark ist der Schmerz zur Zeit?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine			mittel-schwere				starke Schmerzen		

Regelmäßigkeit: ständig / regelmäßig / unregelmäßig / selten

☐ Tabletten? Welche und wie oft?.....

☐ Schmerztherapie? ☐ PET erhalten? ☐ Marcumar? ☐ Betablocker?

☐ Haben Sie bereits an einer Rückenschule teilgenommen? ☐ Ambulante/stationäre Rehamaßnahme?

☐ Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Weswegen?.....

Was sind Ihre Erwartungen und Wünsche? Was ist Ihr aktuelles Ziel?

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Jegliche Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich umgehend der Übungsleiterin, dem Übungsleiter mitteilen.

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von
Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis für Physiotherapie Anja Jüttemann meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis für Physiotherapie Anja Jüttemann

Goldstraße 13

48565 Steinfurt

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift