

Behandlungsvertrag

zwischen Praxis: Die Physiotherapeuten - Parkweg 4 - 93167 Falkenstein & Irma-Holder-Platz 1 - 93192 Wald

Name, Vorname des Patienten: Frau Herr

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Wir bedanken uns für das Vertrauen, das Sie unserer Praxis und unseren Therapeuten entgegenbringen. Nachfolgend finden Sie unsere Behandlungsvereinbarungen. Wir bitten Sie diese durchzulesen und im Anschluss zu unterschreiben.

Bitte bringen Sie unbedingt zu Ihrem ersten Behandlungstermin folgendes mit:

- Diese **Behandlungsvereinbarung mit Ihrer Unterschrift** (ggf. Unterschrift des Bevollmächtigten).
- Eine **gültige Verordnung I Rezept I Heilmittelverordnung** von einem Arzt
- Eine **Badehandtuch** als Unterlage für die Behandlungsbank

1. Behandlung I Dienstleistung

Die Dienstleistung in unserer Praxis ist die physiotherapeutische Behandlung. Jede Behandlung in unserer Praxis erfordert eine ärztliche Verordnung. Diese muss nach den Kriterien des Kostenträgers (gesetzlichen Krankenkassen) ausgefüllt werden. Wir sind verpflichtet jede Verordnung zu prüfen und sollte diese Abweichungen zu den Vorgaben aufweisen, so dürfen wir diese Verordnung nicht annehmen und auch die Behandlung an Ihnen selbst nicht durchführen.

Bitte beachten Sie, dass wir Sie **ohne ärztliche Verordnung** und **unterschiedlicher Behandlungsvereinbarung** aus rechtlichen Gründen **nicht behandeln dürfen**. Wenn vorhanden, können Sie Befunde oder Arztbriefe mitbringen, die für die Behandlung relevant sein könnten.

2. Hygiene

Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein Badehandtuch, als Unterlage für die Behandlungsbank mit. Ferner bitten wir Sie auch im Falle einer **infektiösen Erkrankung die Praxis zu meiden** und sagen Sie bitte Ihren Termin sobald wie möglich bei uns ab. Sie bekommen einen Ersatztermin, wenn Ihre Krankheit ausgeheilt ist.

3. Termin absagen I Termin verschieben

Unser Anliegen ist es, für Sie die qualitativ bestmögliche Therapie anzubieten. Hierfür sind wir auf stabile Umsätze angewiesen. Um dies zu gewährleisten und uns vor Umsatzausfällen zu schützen, hat uns der Gesetzgeber im § 615 BGB die Möglichkeit gegeben, für kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine eine



Ausfallgebühr zu berechnen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte möglichst rechtzeitig ab, damit wir ihn neu vergeben können, sollte die Anmeldung in der Praxis nicht besetzt sein sprechen Sie bitte auf den Anrufbeantworter.

Absagen sind bis 24 Praxisarbeitstagsstunden vor Terminbeginn für Sie kostenfrei (Arbeitstage der Praxis = Mo-Fr ; außer an Feiertagen).

Beispiel: Sie haben einen Termin am Montag, 9 Uhr. Eine Absage ist für Sie bis zum Freitag davor, 9 Uhr kostenfrei.

Ansonsten berechnen wir Ihnen privat eine **Ausfallgebühr** in Höhe von **15€ pro eingeplanter 20-Minuteneinheit**.

Beispiel: Sie haben einen 40-minütigen Behandlungstermin kurzfristig abgesagt, der nicht neu vergeben werden konnte. Wir berechnen Ihnen 30€ Ausfallgebühr.

Diese Absagenregelung gilt **unabhängig vom Grund der Absage**.

4. Terminabsage durch uns

Kann ein Termin wegen Krankheit des Therapeuten oder sonstigen von der Praxis nicht zu vertretenden Umständen (höhere Gewalt) nicht stattfinden, werden wir Ihnen die Absage so schnell wie möglich mitteilen. Der Termin wird dann möglichst zeitnah nachgeholt.

5. Zuzahlungen | Eigenanteil | Abrechnung

Bei gesetzlich versicherten Patienten erfolgt die Abrechnung direkt mit der Versicherung. Je nach Ihrem Versicherungsstatus müssen Sie Zuzahlungen leisten. Bei privatversicherten und beihilfeversicherten Patienten erfolgt die Abrechnung direkt mit Ihnen selbst. Es gilt die aktuelle Preisliste, die Sie im Aushang in der Praxis finden. Je nach Ihrem Versicherungsstatus bekommen Sie unsere Behandlungskosten teilweise oder komplett erstattet. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse / Kostenträger inwieweit Sie Erstattungen bekommen.

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass mir die Behandlungsvereinbarung der Praxis „Die Physiotherapeuten“ bekannt ist und ich diese akzeptiere.

Ort, Datum

Unterschrift Praxisvertreter

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzl. Vertreters)



Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Name, Vorname des Patienten: Frau Herr

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis Florian & Stenrüter GbR, Parkweg 4, 93167 Falkenstein

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Physiotherapeuten/Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) statt. Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet.

Für die Abrechnung werden die Daten an folgendes Abrechnungszentrum weitergegeben:

Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart



4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

6. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzl. Vertreters)

