

## Behandlungsvertrag Datenschutzhinweise

Bitte vollständig ausfüllen und zum 1. Behandlungstermin mitbringen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Privat \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Vergütung der Therapieleistungen

#### **Gesetzlich Krankenversicherte**

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32,43c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte **Zuzahlungen** für kassenärztliche verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Zuzahlungsgebühren sind am 1. Behandlungstag fällig. Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten ( = Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns ) sowie 10 € je Verordnung.

Für die geleisteten Zuzahlungen (in unserer Praxis ist nur **Barzahlung möglich**) erhalten Sie von uns eine Quittung.

Bei einer Rechnung erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 2,50 €

#### **Privatpatienten**

Unsere derzeit gültigen Vergütungssätze für die für Sie verordneten physiotherapeutischen Leistungen/ Therapiemethoden hängen in der Praxis aus und können gerne eingesehen werden. Unsere Preise richten sich nicht nach den Beihilfesätzen!

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherungen von Ihnen zu zahlen.

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungsdatum zu zahlen.

Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist behalten wir uns vor, nach weiterer Zahlungsaufforderung oder Mahnung einen Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu erheben.

#### **Ausfallgebühr**

Eine **Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung telefonisch** erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden wir Ihnen gemäß § 615 BGB, in Höhe unseres Ausfalles privat in Rechnung stellen, da wir nach einem Bestellsystem arbeiten und die mit Ihnen vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.

## Allgemeines

Ihr Rezept muss spätestens am 28. Kalendertag nach Ausstellungsdatum begonnen werden.

Bitte bringen Sie zu jedem Termin ein **körperlanges und ein kleines Handtuch** mit, sowie Hausschuhe, da wir eine **schuhfreie Praxis** sind. Darüber hinaus empfehlen wir bequeme Kleidung.

## Datenschutzgrundverordnung nach Art. 9 Abs. 2 lit.h DSGVO:

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihrer Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 Lit.h DSGVO.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten - soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig, durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse.

Ich bin damit einverstanden, dass die/der Behandler/in dem behandelnden Arzt auf Verlangen Auskunft, insbesondere über Diagnose und Behandlung erteilt und ggf. Kopien der Behandlungsunterlagen, Therapieberichte, Heilmittelverordnungen zwecks Änderungen aushändigt oder in elektronische Form versendet.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich gestatte die Einsichtnahme in die Dokumentation nur durch Personen, die ich ausdrücklich bevollmächtigt habe  **nein**  **ja, folgende:**

Anderen Kostenträgern, wie Krankenkasse, Rentenversicherungsträgern u.ä. gestatte ich die Einsichtnahme in die Patientendokumentation.

**ja**  **nein**

Ich bin damit einverstanden, dass die/der Behandler/in in Form von Fotos/ Videos meine Behandlung dokumentiert, um Verbesserungsfortschritte visuell festhalten zu können.

**ja**  **nein**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (gesetzlicher Vertreter/in bei Minderjährigen)