

BEHANDLUNGSVERTRAG (mit Datenschutzerklärung und Aufklärungsbogen)

ZWISCHEN



Inh.: **Frank Seipel**, Physiotherapeut, OMPT- DVMT®, Maybachstr. 3, 63741 Aschaffenburg
Tel.: 06021 / 36 27 94 0 Fax 06021 / 36 27 94 1 www.physiopraxis-ab.de

UND

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen – Ihre Angaben sind freiwillig!)

Patient / Patientin (Name, Vorname): _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Adresse (Straße, Hausnummer, Ort): _____

Geburtsdatum: _____

Handynummer (vorrangig) / Festnetznummer: _____

E – Mail Adresse: _____

Krankenversicherung (Gesetzlich? Beihilfe-Privat? Privat?): _____

Zuweisende/r Ärztin/Arzt: _____

1. Vergütung der Therapieleistungen

a. Privatpatienten

Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem 01.01.2019 begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel
- Physiotherapeutische Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden (Heilpraktiker-Leistungen, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie)

Die **derzeit gültigen Vergütungssätze**, für die für Sie verordneten physiotherapeutischen Therapiemethoden bzw. Leistungen werden Ihnen separat ausgehändigt (Honorarvereinbarung).

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung 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 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist behalten wir es uns vor, nach weiterer Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu erheben.

b. Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte **Zuzahlungen** für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen (**in unserer Praxis ist nur Barzahlung möglich**) erhalten Sie von uns eine Quittung.

2. Ausfallgebühr

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine **für Sie als Patientin/Patient einzuhaltende Pflicht**. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir es uns vor, Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung zu stellen.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, würden wir Ihnen den Betrag in Rechnung stellen, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, erfragen Sie bitte im konkreten Fall bei uns an der Rezeption.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht (z. B. Kosten für Wärmeanwendungen).

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

3. Datenweitergabe zur Abrechnung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben (siehe auch Datenschutzgrundverordnung).

4. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche, berufsgenossenschaftliche und privatärztliche Verordnungen), die der Patient der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigt. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (sektorale Heilpraktiker- Leistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

5. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze (auf individuelle Anfrage – Rezeption) sind mir bekannt. **Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages ist mir ausgehändigt worden.**

Aschaffenburg, den

Ort und Datum

Patientin / Patient

Gesetzlicher Vertreter der Patientin/ des Patienten

Zeichnungsberechtigter Mitarbeiter*in der Praxis

Es folgen:

Datenschutzgrundverordnung

Aufklärungsbogen – Physiopraxis Seipel

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

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

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

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Die Abrechnung wird dabei von dem Unternehmen OPTICA Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart, Postfach 10 36 61, 70031 Stuttgart, Tel.: 0711 61947-222 oder 0711 61947-43 (kundenservice@optica.de) vorgenommen, mit welchem wir einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diesen Dienstleister sicher sind. Desweiteren werden Ihre Daten an das meine Praxis betreuende Steuerberatungsbüro TREUDATA Thomas Englert, Althohlstr. 47, 63743 Aschaffenburg, Telefon: 06021/31800 weitergegeben.

Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen per E-Mail nutzen wollen, wird Ihre E-Mail Adresse einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert.

Zudem können administrative Notwendigkeiten, wie in der Kommunikation mit Ihrer zuweisenden Arztpraxis (z. B. Korrektur Ihres Rezeptes) dazu führen, dass Ihre Daten postalisch oder per FAX übermittelt werden müssen.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Löschkonzept: siehe unsere Homepage (www.physiopraxis-ab.de)

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO:

Frank Seipel – Physiopraxis Seipel
Maybachstr. 3 · 63741 Aschaffenburg

Aschaffenburg, den

Unterschrift Patient*in

Aufklärungsbogen – Physiopraxis Seipel

Name : _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Allergien (z. B. Latex, Vinyl...): _____

Bitte kreuzen Sie an bzw. unterstreichen Sie, welche Beschwerden bei Ihnen vorliegen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Diabetes, andere...)
- Osteoporose, Osteopenie
- Kortisonpflichtige Erkrankungen (z. B. Rheumatische Arthritis, Asthma bronchiale, andere...)
- Krebserkrankung aktuell bzw. in der Vergangenheit
- Gewichtsverlust, eingeschränkter Allgemeinzustand
- Nachtschmerzen bzw. nächtliches Schwitzen
- Neurologische Symptome (z. B. Kribbeln / Taubheit / Kraftverlust / Schwindel)
- Durchgeführte Operationen, wenn ja, welche:

-
- Haben Sie sonstige **Erkrankungen**, wenn ja, welche:

-
- Bitte tragen Sie ein, welche **Medikamente** Sie regelmäßig einnehmen:
-

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Reaktionen auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihre/n Therapeut*in!
Wurden Sie von Ihrem Arzt über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie in unserem Hause informiert?

Ja

Nein

Einwilligung: Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen, wahrheitsgemäß beantwortet und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Aschaffenburg, den _____

Unterschrift Patientin/Patient