

Behandlungsvereinbarung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieses Formular stellt eine **Behandlungsvereinbarung** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Email (z.B. für die autom. Terminerinnerung/ Kein Spam): _____

Krankenkasse: _____ zuzahlungspflichtig: ja / nein
(entsprechendes bitte ankreuzen)

Zahlung: Die Abrechnung erfolgt nach den mit meiner Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen. Sofern ich nicht von der Zuzahlung befreit bin, sind Leistungen der Physiotherapie zuzahlungspflichtig. Der Zuzahlungsbetrag setzt sich zusammen aus 10 Euro Rezeptgebühr und 10% der Kosten der Behandlung. Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe **vor der ersten Behandlung**, spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Bei Blankoverordnungen wird am letzten Behandlungstag abgerechnet.

Nicht wahrzunehmende Termine müssen an Werktagen **mindestens** 24 Stunden vorher - telefonisch oder persönlich (keine SMS/ WhatsApp und/oder E-mail) - abgesagt werden.

Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** mit dem therapieentsprechenden Satz der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden. Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht. Sollten zwei aufeinander folgende Termine von mir abgesagt werden, lege ich nach Aufforderung ein ärztliches Attest vor.

Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

Datenweitergabe: Die Information zum Datenschutz (Stand 25.05.2018) im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.

Haftung: Die Haftung der **Physiotherapiepraxis Sarah Galisch** für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

Aufklärung: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mich mein Arzt über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt hat.

Sollten die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn vom Therapeuten durchgeführt.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme und alle oben genannten Punkte ein.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Informationen zum Datenschutz

Nach dem Datenschutzrecht (insbesondere dem BDSG und der DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Praxis Sarah Galisch.

Wir erheben und verarbeiten Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen.

Wir sind in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden. Über Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Verordnungsblätter (einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkasse im Original.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Wir behandeln alle Patientendaten vertraulich. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie an das Abrechnungszentrum Optica statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzte und Krankenversicherung sind wir gesetzlich verpflichtet. Die Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Krankenkassen und unsere Patienten sind bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert. Die Inanspruchnahme des Abrechnungszentrums erlaubt uns, den Vorgang der Abrechnung stark zu vereinfachen, damit mehr Zeit für Sie und die Therapie verbleibt. Sind Sie nicht einverstanden, dass wir zur Abrechnung auch Ihrer Therapie Ihre Daten ans Abrechnungszentrum weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr 1 b BDSG) sowie der Verarbeitung zu Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).