

# Behandlungsvertrag

Zwischen Physio-Company, Praxis für Physiotherapie und Osteopathie Henrike Peters

Kappelner Str. 54c 24392 Süderbrarup

Pöttacker 1a 24860 Böklund

und

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon (freiwillig, um sie bei Terminänderungen erreichen zu können): \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Anmeldung oder an einen Therapeuten. Bei Bedarf kann Ihnen selbstverständlich eine Kopie des Vertrages /der Datenschutzerklärung ausgehändigt werden.

- Ich erkenne die aushängenden Preislisten an (Privatpatienten, Beihilfe-Pat., Selbstzahler-Leistungen)
- Mir ist bekannt, dass mir für nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 24h vorher) eine Ausfallgebühr in der Höhe ausgefallenen Leistung in Rechnung gestellt werden kann.
- Ich gebe die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten (Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdaten, erbrachte Therapiemaßnahmen) an das Abrechnungszentrum opta data in 45141 Essen)
- Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- Ich habe die aushängende Datenschutzerklärung wahrgenommen und verstanden.
- Ich willige in die therapeutische Behandlung ein und weiß, dass sie auch gewisse Risiken birgt, sowie Nebenwirkungen und unerwartete Folgen haben kann wie z.B. eine vorübergehende Verschlechterung meiner Beschwerden, Kopf-/Muskelschmerzen, Kreislaufprobleme, Müdigkeit, etc. Sprechen Sie dies bitte bei Ihrem Therapeuten an.
- Ich informiere meinen Therapeuten über **evtl.** Kontraindikationen wie z.B. Herzschrittmacher, Hirnschrittmacher, Fieber, Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose), Störung der Blutgerinnung (auch durch Medikamente), Implantate, akute Entzündungen, Diabetes, Krebserkrankungen, Allergien etc.

## Nur für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung:

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen Eigenanteil (Zuzahlung) in Höhe von 10% des Rezeptwertes, zzgl. 10 EUR zu entrichten habe. (Wir sind verpflichtet, diesen Betrag von Ihnen einzuziehen).

## Nur für Privat-/Beihilfeberechtigte Patienten:

- Mir ist bekannt, dass ggf. die Kosten nicht/bzw. nicht in voller Höhe von der PKV übernommen werden.

---

Name (ggf. des/der gesetzl. Vertreter/s)

Ort/Datum

Unterschrift

# Datenschutzerklärung

Sehr geehrte/r Patient/in,

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung („Rezept“) nicht ergeben.

Dies können neben Angaben zur Person (wie Alter, Größe, Gewicht, Beruf) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (z.B. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Medikamente). Diese Informationen sind Basis unserer Befunderhebung und damit wichtig für unsere Therapie.

Selbstverständlich steht Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern.

Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig erachten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik ausschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation archiviert. Selbstverständlich können Sie ihre Dokumentation jederzeit einsehen, bzw. Kopien davon anfertigen. Sie sind jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen (unter Einhaltung der gesetzlichen Fristen). Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht unberechtigt an Dritte weitergegeben werden.

Ihre Daten werden zum folgenden Zweck erhoben, verarbeitet und genutzt:

Zur Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit der Krankenkasse/Abrechnungsstelle/Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zur Erstellung von Behandlungsberichten/Arztbriefen.

Zu diesem Zwecke können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma opta data übermittelt werden.

Beachten Sie bitte auch den Aushang zum Datenschutz.

Ihr Praxis Team der Physio-Company Henrike Peters

Kappelner Str. 54c 24392 Süderbrarup

Pöttacker 1a 24860 Böklund