

Behandlungsvertrag Privatversicherte/Selbstzahler

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeuten:innen ebenso wie Ärzte:innen zur Aufklärung Ihrer Patienten:innen verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Behandlungsvertrag nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie diesen aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Vertrages.

(Die Unterschrift erfolgt digital, vor Ihrem ersten Termin in unserer Praxis.)

Information durch den/die behandelnde/n Ärztin/Arzt

Hat die/der verordnende Ärztin/Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

Ja Nein

Mögliche Komplikationen

In der Regel sind physiotherapeutische und manualtherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihre/Ihren behandelnde/n Ärztin/Arzt bzw. Therapeuten:in.

Kostenübernahme

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

Privatversicherten und beihilfeberechtigte Patienten:innen wird empfohlen, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären, da jede/r Privatversicherte individuelle Erstattungsvereinbarungen mit ihrer/seiner Versicherung abgeschlossen hat.

Die Preise für unsere Leistungen orientieren sich max. an dem 1,8-fachen Satz, in Anlehnung an die Gebührenordnung für Therapeuten (GebühTh) und sind der Anlage 1 zu entnehmen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Vergütung in voller Höhe auch in dem Fall zu zahlen ist, wenn eine private Krankenversicherung, die Beihilfestelle oder auch andere Kostenträger die Vergütung nicht in voller Höhe erstatten.

Zudem weisen wir Sie darauf hin, dass wir Ihre Behandlung ohne eine gültige Verordnung nicht beginnen können.

Hinweis zu Behandlungsbeginn und Behandlungsunterbrechung

Bitte beachten Sie, dass ein Kassenrezept innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellungsdatum begonnen werden muss. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung in der Regel für längstens 14 Tage unterbrochen werden.

Terminabsagen

Unsere Praxis ist eine reine Terminpraxis, was bedeutet, dass wir mit Ihnen feste individuelle Behandlungstermine vereinbaren.

Diese Termine sind exklusiv für Sie reserviert. Durch versäumte oder zu kurzfristig abgesagte Termine haben wir meist keine Gelegenheit, die bereits reservierte Zeit erneut an andere Patienten:innen zu vergeben. Dadurch entstehen uns Kosten in erheblichem Ausmaß.

Die Terminabsage muss daher mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin erfolgen. Bei versäumten oder nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagten Terminen und die nicht wieder belegt werden können, wird Ihnen die für diesen Termin vorgesehene Verordnungsleistung, aufgrund der gesetzlichen Regelung (§ 252 BGB, § 611, Satz 3, SGB), privat in Rechnung gestellt.

Ein nicht wahrgenommener Termin kann selbstverständlich nachgeholt werden.

Patientenaufnahme - Erstaufnahme/Erstbefundung

Generell, sofern keine OP-Nachsorge vorliegt, die das Nachsorgeprinzip anhand des Eingriffes vorgibt, erstellen wir bei Ihrem ersten Termin einen sehr ausführlichen und detaillierten Befund bzgl. Ihrer Beschwerden (Krankheitsbild).

Nur dadurch können Sie adäquat auf Ihre Beschwerden hin behandelt werden. Wir fassen alle Befundinhalte schriftlich zusammen und stellen diese Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt bei Bedarf in Schriftform zur Verfügung.

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die im Behandlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, bedarf es regelmäßig der Einwilligung der/des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sie sind damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten - soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig - zum Zweck der Verarbeitung in der Praxis gespeichert werden und die Praxis sich bei Bedarf regelmäßig mit Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt austauscht, um einen optimalen Behandlungserfolg zu gewährleisten (Schweigepflichtentbindung).

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

Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der THERAPIEZEIT, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der THERAPIEZEIT die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung, mit Wirkung für die Zukunft, abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die den Vertragspartner übermitteln.

Ihnen ist bekannt, dass Sie bei Interesse eine detaillierte Patienteninformation zum Datenschutz einsehen können, die an der Rezeption für Sie ausliegt.

Zudem sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mir die THERAPIEZEIT postalisch Informationen und Angebote zu weiteren Therapiemöglichkeiten, zum Zwecke der Aufklärung und Werbung, übersendet.
- Ich willige ein, dass mich die THERAPIEZEIT per E-Mail/Telefon/Fax/SMS kontaktieren darf zum Zwecke der Informationsweitergabe wie z. B. Terminangelegenheiten.

Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen, die Sie der Praxis, zwecks Behandlungsdurchführung, aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Selbstzahlerleistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen, sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt bzw. können in der Praxis eingesehen werden.

Auf Wunsch kann eine Ausfertigung des unterschriebenen Behandlungsvertrages ausgehändigt werden.