

BEHANDLUNGSVERTRAG

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wir freuen uns, Sie (wieder) bei uns begrüßen zu dürfen.

EINWILLIGUNG

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen. Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

Falls Sie nicht selbst einwilligungsfähig sind, werden betreuende Personen entsprechend aufgeklärt. Minderjährige/ nicht einwilligungsfähige Personen benötigen die Zustimmung durch Betreuende.

WIRTSCHAFTLICHE AUFKLÄRUNG

1. Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge)

Die Praxis rechnet direkt mit der Krankenkasse ab.

Zuzahlung:

Sie zahlen einen Eigenanteil von 10 € plus 10 % der Therapiekosten Ihrer Heilmittelverordnung.

Der Betrag ist vor der ersten Behandlung zu zahlen. Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben, es sei denn, es liegt ein gültiger Befreiungsausweis vor. Sollte die Anzahl der auf der Verordnung

aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, erhalten Sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.

2. Privatversicherte, Beihilfeversicherte & Selbstzahlende

Die Kosten der Behandlung entnehmen sie der Honorarvereinbarung. Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen - unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung.

GRUNDSÄTZE DER ZUSAMMENARBEIT & AUFKLÄRUNG

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bereits in verständlicher Weise ausreichend von Ihrem Arzt/ihrer Ärztin über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung, sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind.

Sollte die im Rahmen der therapeutischen Behandlung durchzuführenden Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von den Therapeut*innen durchgeführt. Ebenfalls wird Sie der*die Therapeut*in über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um die Therapie während und nachfolgend zu unterstützen. Rückfragen sind innerhalb der Behandlungszeit möglich.

Sie informieren und über gesundheitliche Veränderungen und beteiligen sich aktiv an der Therapie. Eigenübungen & Empfehlungen im Rahmen der Therapie führen Sie eigenverantwortlich aus, um Ihre Therapieziele zu erreichen.

Die Haftung der Praxis beschränkt sich auf die Handlungen während der therapeutischen Behandlung.

Unerwartete Beschwerden oder Einschränkungen teilen Sie uns umgehend mit. In Notfällen wenden Sie sich direkt an eine ärztliche Person oder die Notaufnahme.

TERMINREGELN & AUSFALLGEBÜHR

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist exklusiv für Sie reserviert. Sie haben die Möglichkeit, einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen, 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 beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen der Wert der jeweils geplanten Behandlung in Rechnung gestellt werden. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß

von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die Praxis informiert Sie rechtzeitig, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung.

DATENSCHUTZ & SCHWEIGEFLICHT

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich 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. 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. hDSGVO. Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs, zur Erstellung von Übungs- und Trainingsplänen und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absagen von Terminen und Terminerinnerungen per E-Mail nutzen wollen, wir Ihre E-Mail-Adresse bei uns gespeichert. Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Möglichkeiten 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.

Falls ich im Rahmen der Therapie einen Training- oder Übungsplan erhalte, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten in dem EDV-Programm Jolii gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass mein Trainingsplan auf der APP oder als PDF per Mail an mich verschickt
Erklärung zur Schweigepflichtentbindung im Rahmen einer interdisziplinären Therapie.

- a. Ich entbinde das Zentrum für Therapie & Reha von der Schweigepflicht bzgl. des therapeutischen Informationsaustausches der Disziplinen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie untereinander.
- b. Ich bin damit einverstanden, dass Daten für folgende Zwecke weitergegeben werden dürfen: Für den interdisziplinären Austausch und zum Zweck der Beratung.
- c. Dauer der Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht: Die Entbindung von der Schweigepflicht ist bis zum Behandlungsende gültig.

GELTUNG & BEENDIGUNG

Der Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft und gilt für die gesamte Dauer der Behandlung.

Sie können den Vertrag jederzeit mündlich ohne Angabe von Gründen beenden.

Den Widerruf richte ich an das Zentrum für Therapie & Reha, Hans-Böckler-Str. 40, 31535

Neustadt.

Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits meine Daten löschen.

Den Aushang "Patienteninformation zum Datenschutz" habe ich gelesen und verstanden. Der Praxis steht es ebenfalls frei, den Vertrag zu beenden; insbesondere bei Ablehnung von Maßnahmen und Beratungsinhalten und ausstehenden Zahlungen.

Ihr Team vom
ZENTRUM FÜR THERAPIE & REHA

Datum: _____

Unterschrift: _____