

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin*,

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

Name

Vorname

Geburtsdatum

Zuzahlung(gesetzlich): _____ €

Gesamthonorar (Privat): _____ € bzw. Honorar pro Behandlung: _____ €

Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das oben genannte Honorar an. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. **Nicht rechtzeitig (24 Stunden im Voraus) abgesagte Termine können mir gemäß §615 BGB privat mit 80% Schadensersatz in Rechnung gestellt werden.** Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß §61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens **zum zweiten Behandlungstermin** zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

Privatpatienten: Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Preise möglicherweise von meiner Privaten Krankenversicherung oder der Beihilfestelle **nicht** vollständig erstattet werden. Ich zahle diese Kosten gegebenenfalls selbst.

Datenweitergabe: Die Information zum Datenschutz (Stand 25.05.2018) auf der Rückseite habe ich zur Kenntnis genommen.

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

Aufklärung: Die Mitarbeiter der **-Therapiepraxis Bewegungsexperten-** haben mich zudem 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.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen, Datenschutz, Haftungserklärung ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in* oder des gesetzlichen Vertreters



Bewegungsexperten Neuruppin
Therapiepraxis Selina Köhn
Physiotherapie-Ergotherapie-Logopädie-Ernährungstherapie
Gartenstraße 7-10
16816 Neuruppin

Information 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.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist die Therapiepraxis Bewegungsexperten.

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

Wir sind in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringer eingebunden. Über die 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 Krankenkassen 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) 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 Krankenversicherungen sind wir gesetzlich verpflichtet.

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 die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

Ihnen steht das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich bei Rechtsverletzungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Deren Kontaktdaten lauten:

Adresse des örtlich zuständigen Datenschutzbeauftragten:

*IT-Kanzlei Rechtsanwalt Niels Köhrer
Schauenburger Strasse 36
24105 Kiel*