

Behandlungsvertrag



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Zahlung:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die gemäß Anlage 1 angezeigten Behandlungspreise, Zuzahlungsbeträge sowie die Bearbeitungsgebühr je Rezept an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden** vorher – telefonisch, per Mail oder persönlich - abgesagt werden müssen.

Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir nach § 615 BGB **privat** mit den gemäß Anlage 1 ausgewiesenen Behandlungskosten je Therapieeinheit in Rechnung gestellt werden.

Unterschrift der/des Patient*in oder des gesetzlichen Vertreters

Datenweitergabe: Die Information zum Datenschutz im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift der/des Patient*in oder des gesetzlichen Vertreters

Haftung:

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

Unterschrift der/des Patient*in oder des gesetzlichen Vertreters

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 Praxis Heiko Mayländer. Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen. Wir sind in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin 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 Ärzt*innen und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie an das Abrechnungszentrum NOVENTI 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 Ärzt*innen und Krankenversicherungen sind wir gesetzlich verpflichtet. Die Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Krankenkassen und unsere Patient*innen sind bei unterschiedlichen Krankenkasse 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 an Abrechnungszentrum weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen.