



Anmeldung zur Behandlung/ Behandlungsvertrag /Honorarvereinbarung

Zwischen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.:		Telefon Privat:
PLZ:		Telefon Mobil:
Wohnort:		Krankenkasse:
behandelnder Arzt:		E-Mail:

und der Privatpraxis für Physiotherapie, Landshuter Str. 23, 84056 Rottenburg, Ute Hatzl, Physiotherapeutin.

Bitte füllen sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher - telefonisch oder persönlich - abgesagt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB privat, je nach Rezeptwert, pro Therapieeinheit in Rechnung gestellt werden. Meine Krankenkasse/Versicherung zahlt diese Kosten nicht.

Die oben genannten Parteien schließen eine Honorarvereinbarung über die Durchführung physiotherapeutischer Leistungen gemäß den verordneten Therapien und /bzw. über die Durchführungen von Präventions- und Wellnessmaßnahmen zu folgenden aktuellen Behandlungssätzen.

Der Stundensatz beträgt 70 Euro. Der Betrag wird je nach Therapie und Dauer berechnet.

1. Die Vereinbarungspartner vereinbaren ausdrücklich eine physiotherapeutische Behandlung auf Eigene Kosten des Patienten in Kenntnis des Umstandes, dass eine Erstattung des Honorars nicht bzw. möglicherweise nicht in vollem Umfang durch die Erstattungsstelle gewährleistet ist. Dieser Vertrag behält auch dann seine Gültigkeit, wenn der Patient die vereinbarte Vergütung nicht oder nur teilweise von seiner Erstattungsstelle erstattet bekommt. Der Patient ist darüber informiert, dass er das vereinbarte Honorar in voller Höhe zu tragen hat. Die Vergütung wird unabhängig von der Erstattungsstelle 14 Tage nach Rechnungsstellung fällig.
2. Soweit die physiotherapeutischen Leistungen über die verordneten Therapien hinausgehen, werden sie vom Patienten ausdrücklich gewünscht und sind von diesem selbst zu bezahlen. Dies gilt insbesondere für
3. Präventionsleistungen, nicht erstattungsfähige Leistungen z.B. Kinesio-Taping) und Wellnessbehandlungen. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen dieses Behandlungsvertrages bedürfen der Schriftform.

Behandlungshonorar:

Nur für Privatpatienten/Selbstzahler

Leistung	Honorar

Rottenburg, den _____

Unterschrift Patient/Patientin: _____ Ute Hatzl, Physiotherapeutin _____



Sollte meine Krankenkasse/Versicherung Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst. Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenkassen oder Beihilfestellen ersetzen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das genannte Honorar an.

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber:

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Haftung: Die Haftung der Physiotherapiepraxis Hatzl für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Aufklärung und Einwilligung: Die Physiotherapeutin Ute Hatzl hat mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Es kann nach der Therapie zu einer Erstverschlimmerung, Muskelkater und auch zu blauen Flecken kommen. Sollte im Rahmen des Befundes der Verdacht einer Erkrankung auftreten, werde ich darüber informieren und gegebenenfalls die Inanspruchnahme ärztlichen Rates anregen.

Aufklärung Auftraggeber: Ich bin nicht krank und habe mich vorab ärztlich untersuchen lassen. Mit der Behandlung möchte ich Vorsorge betreiben.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Ort, Datum Unterschrift des/der Patienten/-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 Physiotherapie Hatzl, Ute Hatzl.

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

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch das Abrechnungszentrum Optodata bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir behandeln alle Patientendaten vertraulich. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich 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

Datum/Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters