Behandlungsvertrag

zwischen

rehab. Physiotherapie Sören & Isabel Grosch GbR
Am Obstmarkt 2
55126 Mainz
(nachfolgend Praxis genannt)

und

Name, Vorname **Patient/in bzw. gesetzlichen Vertreter**	**Geburtsdatum**

Anschrift
(nachfolgend Patienten genannt)

1. Erklärung

Nach dem Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit dem Behandlungsvertrag nach. Er dient der Information des Patienten. Bitten lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben Sie an den jeweiligen Stellen. Wir behandeln nach Vorgabe der ausgestellten Verordnung durch Ihren Arzt. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den untenstehenden Bedingungen einverstanden. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

2. Patienten Aufklärung

Sie werden im Rahmen der physiotherapeutischen Befundung vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten in verständlicher Weise ausreichend über Art, Durchführung, zu erwartenden Folgen und Risiken der verordnenden Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die vom Arzt festgestellte Diagnose und Therapie aufgeklärt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

3. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen) die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnungen (Heilpraktiker Leistungen).

4. Vergütung der Therapieleistungen

4a. Gesetzlich Versicherte Patienten:
Gemäß § 32,4c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Patienten Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung dieser Zuzahlungspflicht besteht. Sollte eine Zuzahlungsbefreiung vorliegen, sind Sie verpflichtet, uns diese am ersten Behandlungstermin vorzulegen. Die Höhe der Zuzahlung beträgt 10% der Kosten (=Preisvereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und physiotherapeutischen Verbänden) sowie 10 Euro Verordnungsblattgebühr je Verordnung. Die gesamte Zuzahlung ist am ersten Tag der Behandlungen fällig. Sollte die Verordnung vorzeitigt abgebrochen werden, haben Sie das Recht auf Erstattungsanspruch bei zu viel entrichteter Zuzahlung.
Sofern Sie eine Verordnung gemäß § 13a der Heilmittel-Richtlinie (sog. Blankoverordnung) erhalten haben, wird die Zuzahlung am Ende einer jene Verordnung erstellt und Ihnen in Rechnung gestellt. Der zu zahlende Betrag richtet sich nach Anzahl und Art der Behandlung.
Sollten Sie Ihre Krankenkassen während der Behandlungsserie wechseln, sind Sie dazu verpflichtet uns dies unverzüglich mitzuteilen.
Eine Auflistung der üblichen verschriebene Behandlungsmengen und die daraus resultierende Zuzahlungshöhe finden Sie auf unserer Empfangstheke.

4b. Privat Versicherte Patienten:
Die Vergütung für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre private Krankenversicherung und/oder Ihrer Beihilfestelle von Ihnen zu zahlen. Wir berechnen Faktor 1,6 zu den gesetzlichen Krankenkassenpreise. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden. Um einen Überblick über die entstehenden Kosten zu bekommen, erhalten Sie vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag von uns. Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basissatz.
Eine Auflistung der Behandlungspreise für Privatzahler finden Sie auf der Empfangstheke.

Mainz-Finthen		
Ort	**Datum**	**Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter**

5. <u>Ausfallgebühr:</u>
5a. Information:
Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen. So können wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderwärtig vergeben. 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 rechtzeig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.
Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

5b. Gesetzlich Versicherte Patienten:
Sollten Sie Ihren vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den physiotherapeutischen Verbänden abgeschlossen worden sind.

5c. Privat versicherte Patienten:
Sollten Sie Ihren vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir mit Ihnen im Kostenvoranschlag vereinbart haben.

5d. Übersicht der Ausfallgebühren:
Eine Auflistung der jeweils aktuellen Ausfallgebühr finden Sie auf unserer Empfangstheke.

6. <u>Einwilligung</u>
Hiermit willigen Sie in die Behandlung ein.
Als Bewohner einer Pflegeeinrichtung / Intensivpflege erlauben Sie den Pflegekräften in Ihrem Auftrag die durchgeführten Behandlungen zu quittieren.
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden haben sowie mit diesen einverstanden sind.
Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

Mainz-Finthen		
Ort	**Datum**	**Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter**

Datenverarbeitung und -weitergabe

Liebe Patienten,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU – Datenschutz – Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Praxisdaten:

- rehab. Physiotherapie Sören & Isabel Grosch GbR
  Am Obstmarkt 2
  55126 Mainz

2. Datenverarbeitung

Um den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu gewährleisten, bitten wir um Ihr Einverständnis zur Verarbeitung und Speicher Ihrer Daten für folgende Zwecke:

2a. Speicherung in unserer Praxissoftware „Optica Viva".

2b. Kommunikation mit Ihnen zwecks Terminvereinbarung, -änderungen sowie -erinnerungen.

2c. Therapierelevant (Anamnese, Diagnosen, Physiotherapeutische Befunde, Therapievorschläge, Dokumentation des Behandlungsverlaufes)

3. Datenweitergabe

Um eine effiziente Kommunikation gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu gewährleisten, bitten wir Sie um Ihr Einverständnis zur Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten für folgende Zwecke:

3a. Therapeutenwechsel (z.B. für den Austausch Therapierelevanten Informationen)

3b. Interdisziplinären Kommunikation (z.B. zuständigen Arzt, Therapeuten, Krankenkasse per KIM, E-Mail, Fax)

3c. Abrechnungsstelle
Gesetzlich Versicherte Patienten:
Die von Ihnen in Anspruch genommen Therapieleistungen werden von uns direkt mit den jeweiligen Krankenkassen bzw. deren Abrechnungszentren laut § 302 SGB V abgerechnet.
Die Vergütung für Heilmittel rechnen wir über folgendes Abrechnungszentrum ab:
„Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart".
Für die Abrechnung Ihrer Verordnung werden alle zum Abrechnungszweck notwendigen personenbezogenen Daten übermittelt, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdaten, erbrachte Therapiemaßnahmen laut Heilmittelkatalog.

Privat Versicherte Patienten:
Die von Ihnen in Anspruch genommen Therapieleistungen werden von uns direkt mit Ihnen abgerechnet.

4. Einwilligung

Durch Ihre Unterschrift teilen Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung, Speicherung und Weiterleitung aller beschriebenen, notwendigen personenbezogener Daten.
Ihnen ist bewusst, dass diese Angaben freiwillig sind. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen, werden kann. Der Widerruf ist an die obenstehende Praxis zur richten.

Mainz-Finthen		
Ort	**Datum**	**Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter**