

BEHANDLUNGSVERTRAG KASSENPATIENT

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: | | Straße: | |
| Vorname: | | PLZ: | |
| Geburtsdatum: | | Wohnort: | |
| | | Telefon / Mobil: | |

| | |
|--|--|
| Zuzahlung Rezeptgebühr (€): | |
|--|--|

Zuzahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungsgebühren (Zuzahlung laut Kassensatz) an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine **mindestens 24 Stunden** vorher - telefonisch oder persönlich (keine SMS und/oder E-Mail) - abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat in Höhe des Kassensatzes in Rechnung gestellt werden**.

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.

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

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

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

Aufklärung: Die Mitarbeiter der **Physiotherapiepraxis Hannwacker** 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 ein.

Ort, Datum

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

INFORMATIONEN 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 sind die Praxen:

Randolf Hannwacker, Hannwacker Physio- und Ergotherapie

97714 Ebenhausen | Schweinfurterstr. 36 | 09725-93 45 | physio-ergo@hannwacker.de

97505 Geldersheim | Schweinfurter Str. 10 | 09721-948 895 | physio-ergo@hannwacker.de

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, Ordnungsblätter (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) sowie an das Abrechnungszentrum Optica 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 Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Krankenkassen und unsere Patienten 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.

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:

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz

Dr. Thomas Petri
Postfach 22 12 19
80502 München

Datenweitergabe: Die Information zum Datenschutz (Stand 25.05.2018) im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.

Den Aushang „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

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