

Behandlungsvertrag/Aufklärungsbogen

Zwischen



Inhaber Jochen Ewald

Richard-Kirchner Str.39, 34537 Bad Wildungen

Tel: 05621-2855, info@physio-point-bw.de

und

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße mit Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer/Handy: _____

E-Mail _____

Versichertenstatus: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe

Behandlung/Maßnahmen: _____

Hausarzt bzw. zuweisender Arzt: _____

Liebe Patientin/lieber Patient,

nach dem Patientenrechtsgesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung Ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

1. Rezeptfrist:

Nach Ausstellung der Heilmittelverordnung muss der erste Behandlungstermin innerhalb von 28 Tagen erfolgen. Es kommt vor, dass die vergebenen Termine außerhalb dieser Fristen liegen. Dann ist es notwendig, sich vor Behandlungsbeginn beim zuständigen Arzt eine neue Heilmittelverordnung ausstellen zu lassen.

2. Ausfallgebühr:

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine **Absage mindestens 24 Stunden im Voraus**. Wir bemühen uns kurzfristig abgesagte Termine erneut zu vergeben. Sollte dies nicht möglich sein, müssen wir Ihnen die ausgefallene Anwendung leider in Rechnung stellen (Ausfallgebühr nach §615 BGB).

3. Zuzahlung/Kostenübernahme:

Gesetzlich versicherte Personen ab 18 Jahren haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 Euro pro Verordnung zuzüglich 10% des Rezeptwertes zu leisten (bei einem 6 x KG-Rezept sind es **je nach Anpassung +- 30,00 Euro**). Die Physiopraxis handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. **Dieser Betrag ist zu Beginn der 1. Behandlung fällig.**

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme **vor** Behandlungsbeginn mit ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären.

4. Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. In seltenen Fällen kann es nach der therapeutischen Behandlung jedoch zu teilweise starken Erstreaktionen des Körpers kommen. Diese können sich in vermehrten Schmerzen des jeweiligen Körperabschnittes oder auch benachbarter Abschnitte zeigen. Solche Erstreaktionen treten oft direkt nach der Behandlung oder auch erst am darauffolgenden Tag auf und können, je nach Stärke, durchaus einen Tag bestehen bleiben. Nach einiger Zeit sollte die gewünschte Besserung des Beschwerdebildes eintreten.

Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler.

5. Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen, wahrheitsgemäß ausgefüllt und verstanden. Ich wurde vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

(Liegen in der Praxis aus.)

Ort/Datum: _____

.....
Patient (Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter) *

.....
Physiotherapeut

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Text die männliche Form (z.B. Patient oder Therapeut). Selbstverständlich sind alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich wurde darüber informiert, dass Physio Point meine Daten

bzw. die Daten meines Kindes Name: _____

im Rahmen des Behandlungsvertrages zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation (§ 630 BGB), zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Hierfür verwenden wir die folgende Software:

THEORG-SOVDWARE Gesellschaft für EDV-Lösungen mbH, Franckstraße 5, 71636 Ludwigsburg.

Ihre Daten können an weitere direkt an der Behandlung beteiligten Einrichtung (z.B. Kliniken) oder Personen aus dem medizinisch/therapeutischen Bereich und an die Krankenkasse und/oder das Inkassounternehmen weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Dieser Verarbeitung stimme ich zu und bestätige, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass:

- Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung und im Rahmen der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen darf mit Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Meine Daten über Anwendung der Telematikinfrastruktur gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und übermittelt werden.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die dann ihrerseits angehalten sind, meine Daten zu löschen. Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Adresse der Praxis. Ich bin darüber informiert, dass die behandelnde Praxis im Rahmen der medizinischen oder therapeutischen Behandlung Zugriff auf meine elektronische Patientenakte (ePA) erhalten kann und medizinische Daten in ePA einstellen kann. Ich weiß, dass dieser Zugriff meine vorherige Einwilligung erfordert, die ich hiermit erteile. Über die Einstellung in meiner ePA können jederzeit Zugriffsbeschränkungen vorgenommen oder meine Einwilligung widerrufen werden. Diesen Widerruf kann ich ebenso schriftlich bei der obigen Praxis vornehmen. Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen in diesem Bereich preisgebe.

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ges. Vertretung

Schweigepflichtsentbindung:

Ich benenne folgende Person(en) oder Einrichtungen, die an meiner Stelle oder in Vertretung für mich sensible Informationen (z.B. Patientendaten, Diagnosen etc.) kommunizieren dürfen und Terminverlegungen/-absagen vornehmen dürfen sowie Rechnungen entgegennehmen dürfen:

Name, Vorname/Einrichtung

Adresse:

E-Mail:

Geb.-Datum:

Unterschrift Patient/ gesetzliche Vertretung

Kontaktaufnahme durch die Praxis:

Ich erteile der Praxis die Erlaubnis, mich per Telefon zu kontaktieren und/oder eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter/Mailbox zu hinterlassen. Ich stimme der Kontaktaufnahme per SMS oder **WhatsApp** (z.B. Terminerinnerung/-Abstimmung) zu. Ferner willige ich der unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per Standard-E-Mail an mich oder eine Person/Einrichtung, die in meinem Namen handelt zu. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen kann.

Unterschrift Patient/gesetzliche Vertretung

Fotos-/Audio- und Videoaufnahmen:

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung für therapeutisch/medizinische Zwecke Foto-/Audio- oder Videoaufnahmen erstellt und eingesetzt werden. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen kann.

Unterschrift Patient/ gesetzliche Vertretung

Krankentransportdienste:

Von mir selbst beauftragte Krankentransportdienste oder Taxidienste dürfen Auskunft über Behandlungszeiten (z.B. Behandlungsende) erhalten zum Zweck der Transportorganisation. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen kann.

Unterschrift Patient/gesetzliche Vertretung