

Behandlungsvertrag

Behandlungsvertrag von:

Physiotherapeutin Sandra Vehling

Zum Torfmoor 17

21423 Winsen Luhe

Und

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtstag: _____

Telefonnummer: _____

eMail: _____

Krankenkasse: _____

Beihilfeberechtigt ja / nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahlungen :

<input type="radio"/> Privat versichert	<input type="radio"/> Gesetzlich versichert
<ul style="list-style-type: none">- Massage 25,00 €- Allgemeine Krankengymnastik 33,00 €- Manuelle Therapie 38,00 €- MLD30 38,00 €- MLD60 76,00 €- Fango 15,00 €- Taping je nach Anlage 5,00-15,00 € <p>Materialkosten</p> <p>Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären. Mit meiner Unterschrift unten bestätige ich, dass mir bewusst ist, dass die Kosten der Therapie in vollem Umfang bezahlt werden müssen, auch wenn die Krankenkasse diese nicht voll erstattet.</p>	<p>Mir ist bewusst, dass ich eine Zuzahlung pro Rezept zahlen muss. Diese schlüsselt sich auf in 10% des Rezeptwertes sowie 10€ pro Rezept. Sollte ich von der Zuzahlung befreit sein, verpflichte ich mich, die Befreiung vor Behandlungsbeginn vorzulegen</p>

Honorar und Behandlungszeit:

Als Behandlung zählt auch das Anamnesegespräch mit dem Patienten sowie Dokumentation der Therapie. Das Honorar ist direkt bei Erhalt der Rechnung zu bezahlen. Im Falle eines Verzugs von

längerer als 28 Tage ist der Patient zur Zahlung einer Mahngebühr in Höhe der Forderung der Inkassofirma verpflichtet.

Terminvereinbarung:

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist. Der Patient ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens 24h vorher abzusagen (im Krankheitsfall so früh wie möglich, in jedem Fall vor dem Termin!), damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Für unentschuldigte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe des jeweiligen Behandlungshonorars an, wobei dem Patienten der Nachweis vorbehalten wird, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

Datenschutz:

Personenbezogene Daten werden zu den folgenden Zwecken verarbeitet: Umsetzung des Behandlungsvertrags (Art. 6 Abs.1a DSGVO und Art. 9 Abs.2lit.a DSGVO) Zu den oben genannten Verarbeitungszwecken werden folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Gesundheitsdaten mit Behandlungsverlauf, Kontaktdaten inkl. Telefonnummer, Rechnungsdaten, Name, Geburtsdatum sowie Emailadresse. Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Eine Ausnahme hiervon besteht für Terminheld (Abrechnung- und Praxisprogramm). Die Daten werden solange gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Zwecks erforderlich ist. Nicht gelöscht werden dürfen Daten, für die eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht nach Art.17 Abs.3 DSGVO, beispielsweise nach §630 f Abs. 3 BGB die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach der Behandlung. Eine Aufbewahrung kann auch dann noch erforderlich sein, wenn die Gesundheitsdaten wichtige Informationen enthalten, deren Aufbewahrung im Interesse des Berechtigten liegt. Eine Aufbewahrung kann sich nach entsprechender Abwägung auch aus Art.17 Abs.3 lit.e DSGVO ergeben bei möglichen Schadensersatzansprüchen des Betroffenen. Im Hinblick auf die von mir verarbeiteten personenbezogenen Daten haben Sie folgende Ansprüche: Auskunft über die bei mir gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Art.15 DSGVO), Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Art.16 DSGVO), Löschung Ihrer bei mir gespeicherten Daten (Art.17 DSGVO), Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern ich Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen darf (Art.18DSGVO), Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten von mir (Art. 21 DSGVO) sowie Datenübertragung, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder einen Vertrag mit mir geschlossen haben (Art.20 DSGVO). Sofern Sie mir eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Es besteht keine vertragliche oder gesetzliche Pflicht, mir ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die Datenverarbeitung der oben genannten Daten, können wir jedoch keinen Behandlungsvertrag schließen.

Ort/Datum: _____

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter) _____

WhatsApp:

Ich wünsche ausdrücklich die Terminierungsmöglichkeit über WhatApp und bin mir der Risiken der Nutzung der App bewusst.

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter): _____

