

Behandlungsvertrag

zwischen dem Zentrum Lichtenow (Praxis für integrative Physiotherapie), vertreten durch Sebastian Laurisch, und nachfolgender Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verordnungsdatum

GKV PKV Selbstzahler Sektoraler Heilpraktiker

Die Höhe der Vergütung richtet sich nach Art der Verordnung und Versicherung, Art und Anzahl der Heilmittel und Nebengebühren und dem Zeitpunkt der Behandlung. Diese können den stets aktuellen Preisaushängen in der Praxis entnommen werden und sind erst mit Abschluss der Behandlungen endgültig bestimmbar!
Die entsprechend zutreffende Vergütungsübersicht/Preisliste kann auf Wunsch auch ausgehändigt werden.

Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die o.g. Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang in der Praxis sowie das daraus resultierende Honorar an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden** vorher abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** entsprechend dem Preisaushang in Rechnung gestellt werden. Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht. 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 der/des Therapeut*in liegt, trage ich diese selbst.

Datum

Unterschrift Patient*in oder des gesetzlichen Vertreters

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

Datum

Unterschrift Patient*in oder des gesetzlichen Vertreters

Haftung: Die Haftung des Zentrum Lichtenow (Praxis für integrative Physiotherapie) für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter*innen - für Vorsatz.

Datum

Unterschrift Patient*in oder des gesetzlichen Vertreters

Aufklärung: Die Mitarbeiter*innen des Zentrum Lichtenow (Praxis für integrative Physiotherapie) 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.

Datum

Unterschrift Patient*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.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Praxis „Zentrum Lichtenow - Praxis für integrative Physiotherapie“.

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 Ärzt*innen und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie an das Abrechnungszentrum „BFS Abrechnungs GmbH“ in 31137 Hildesheim 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 Ärzt*innen 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 Patient*innen sind bei unterschiedlichen Krankenkassen 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 das 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:

*Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg,
Frau Dagmar Hartge, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow, E-Mail: Poststelle@LDA.Brandenburg.de*