

Behandlungsvertrag

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

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verordnungsdatum

GKV PKV Selbstzahler Sektoraler Heilpraktiker

Honorar/Zuzahlung: Die Höhe der Vergütung bzw. Zuzahlung richtet sich nach Art der Verordnung und Versicherung (GKV, Privat, Selbstzahler), Art und Anzahl der Heilmittel und Nebengebühren und dem Zeitpunkt der Behandlung. Diese sind den stets aktuellen Preisaushängen in der Praxis zu entnehmen. Die entsprechende Preisliste wird ggf. separat ausgehändigt und muss unterzeichnet werden.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe zum zweiten, spätestens zum dritten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte die Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Leistungserbringers liegt, sind diese durch den Leistungsempfänger selbst zu tragen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang in der Praxis sowie das daraus resultierende Honorar bzw. die Zuzahlung an.

Terminabsagen: Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden** vorher abgesagt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können gemäß § 615 BGB **privat** entsprechend dem Preisaushang in Rechnung gestellt werden.

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

Haftung: Die Haftung des Zentrum Lichtenow (Praxis für integrative Physiotherapie und Privatpraxis für sektorale Heilkunde) für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen (Kleidung, Schmuck, geparktes Auto, Fahrrad etc.). Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter*innen - für Vorsatz.

Aufklärung: Die Mitarbeiter*innen des Zentrum Lichtenow (Praxis für integrative Physiotherapie und Privatpraxis für sektorale Heilkunde) haben mich zudem über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen bzw. Risiken der Maßnahme sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufzuklären. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Datum

Unterschrift Patient*in oder des gesetzlichen Vertreters

Gültig ab 01.05.2025, Alle Angaben ohne Gewähr, Änderungen vorbehalten.

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 und Privatpraxis für sektorale Heilkunde“.

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, Verordnungsblätter (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*