



Behandlungsvertrag zwischen (Erziehungsberechtigter)

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Str., Hausnr.: _____

PZL, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Das **Kind:** Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Str., Hausnr.: _____
(falls abweichend)

PZL, Ort: _____
(falls abweichend)

(im Folgenden der „Patient“)

und der „**Praxis Höpfner**“, Hochstraße 87, 47877 Willich (im Folgenden der „Dienstleister“)

Der Patient wird aufgrund einer ärztlichen Verordnung in der Praxis Höpfner behandelt. Die ärztliche Verordnung sowie die darin verordneten Behandlungsintervalle sind Bestandteil dieses Behandlungsvertrags. Die ärztlich verordnete Therapie für den o.g. Patienten wird gemäß Patientenrechtegesetz nach anerkanntem, fachlichem Standard erfolgen.

Der Patient und die Erziehungsberechtigten werden darauf hingewiesen, dass die Praxis mit Wartelisten und Terminvergaben arbeitet und zur Behandlung jeweils ein Therapeut zur Verfügung steht.

Der Patient und die Erziehungsberechtigten verpflichten sich, Termine, die er nicht wahrnehmen kann, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Unterbleibt die rechtzeitige Absage seitens des Patienten, unabhängig vom Grund der Absage, muss dieser für den ausfallenden Termin als Schadenersatz den Wert der Behandlung zu bezahlen. Dieser richtet sich nach Art des verordneten Heilmittels und der Versicherung des Patienten.



Der Patient und die Erziehungsberechtigten wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen und /oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und er dieses selbst zahlen muss. Außerdem wird der Patient und die Erziehungsberechtigten darauf hingewiesen, dass beim Fehlen oder Vorliegen einer ungültigen Heilmittelverordnung der Patient in unserer Praxis nicht behandelt werden kann. Der Patient ist somit verpflichtet eine nach Richtlinien gültige Heilmittelverordnung zu organisieren. Kürzung der Behandlungszeit oder Verspätungen durch den Patienten begründen keine Nachleistungspflicht seitens der Praxis. Wird durch die Praxis ein Termin abgesagt, erhalten Sie einen entsprechenden Ersatztermin.

Gesetzlich Versicherte Patienten sind, solange sie nicht unter 18 Jahre alt oder von der Zuzahlung befreit sind, für Leistungen der Heilmittelbereiche mit **10% der gesamten Behandlungskosten (Rezeptwertes) zuzahlungspflichtig (§ 32 SGB V und § 61 SGB V). Hinzu kommen 10€ pro Rezept.** Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben. Ausnahmen stellen Verordnungen der Berufsgenossenschaften und Postbeamtenkrankenkassen dar. Diese sind grundsätzlich zuzahlungsbefreit.

Privatversicherte Patienten erhalten in der Regel nach Abschluss der Behandlungen eine Rechnung, die innerhalb der auf der Rechnung angegebenen Frist zu begleichen ist. Die Behandlung von Privatpatienten ist nicht abschließend durch eine Gebührenordnung, auch nicht durch die GOÄ, geregelt. Es gelten die Regelungen des BGB über den Dienstvertrag. Die vereinbarte Vergütung ist auch dann zu zahlen, wenn die Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Die Vergütung ist unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch die jeweilige Erstattungsstelle innerhalb der auf der Rechnung angegebenen Frist zu begleichen. Mit seiner Unterschrift erkennt der Patient das entsprechende Honorar für die durchzuführenden Behandlungen an. Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen Patienten und Dienstleister (Praxis Höpfner). Zwischen dem Dienstleister und der Krankenversicherung des Patienten bzw. der BEIHILFE besteht ausdrücklich keine Rechtsbeziehung! Die Höhe etwaiger Erstattungsleistungen richtet sich nach dem Inhalt des zwischen dem Patienten und der jeweiligen Versicherung geschlossenen Krankenversicherungsvertrages. Auch wenn Krankenversicherungsunternehmen bzw. Beihilfestellen für die Angemessenheit der Vergütung physiotherapeutischer und/oder osteopathischer Leistungen eigene Höchstsätze festgelegt haben, berühren diese nicht das Rechtsverhältnis zwischen dem Dienstleister und dem Patienten nicht. Der privatversicherte bzw. beihilfeberechtigte Patient muss also damit rechnen, dass er seine Aufwendung möglicherweise nicht voll erstattet bekommt. Der Patient ist und bleibt in jedem Falle zur Zahlung der vereinbarten Kosten für die Behandlung verpflichtet, unabhängig davon, ob bzw. in welcher Höhe eine Erstattung durch die Krankenkasse oder Beihilfe erfolgt.



Unsere Praxis arbeitet u.a. mit Terminerinnerungen und Kontaktaufnahme per SMS und/oder E-Mail. Diese sollen an folgende Kontaktdaten gesendet werden. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient ebenfalls, dass wir als Praxis Höpfner die Erlaubnis hierzu haben.

an die oben angegebene Mobilnummer/E-Mail _____

an folgende Nummer/E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: **X** _____
(Versicherter/Erziehungsberechtigter)



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Höpfner - meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten,
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:
 - Zur Pflege der Kontaktdaten
 - zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen / Versicherungen
 - zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehende genannte Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO, des BDSG und des Telemediengesetzes erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse / Versicherung nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Höpfner
Hochstraße 87
47877 Willich

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher 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 ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: **X** _____
(Versicherter/Erziehungsberechtigter)



Aufklärung und Einwilligung von Übermittlung von unverschlüsselten Daten

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und Sie können diese jederzeit, ohne Angaben von Gründen widerrufen. Den schriftlichen Widerruf richten Sie bitte an die o.g. Adresse. Im Fall eines Widerrufs wird die Einwilligung in unserem System gelöscht und zukünftig keine weitere Kontaktaufnahme via E-Mail an die von Ihnen bei uns hinterlegte Adresse, stattfinden. Mit der Widerrufserklärung werden diese Daten unwiderruflich gelöscht und datenschutzkonform entsorgt, sodass auch alle datenschutzrechtlichen Schadensersatzansprüche erlöschen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass

Personenbezogene Daten (insbesondere Gesundheitsdaten aus meiner persönlichen Patientenakte (z.B. Befunde, o.ä.) durch die Mitarbeiter der o.g. Praxis per E-Mail an mich unverschlüsselt verschickt werden dürfen.

Personenbezogene Daten (insbesondere Gesundheitsdaten aus meiner persönlichen Patientenakte (z.B. Befunde, o.ä.) durch die Mitarbeiter der o.g. Praxis per E-Mail an andere an meiner Behandlung beteiligten Stellen (Ärzte, Krankenhäuser, Therapieeinrichtungen etc.) unverschlüsselt verschickt werden dürfen.

Mir ist bewusst, dass der Versand ohne weitere Anonymisierungs-, Pseudonymisierung- sowie Verschlüsselungstechniken erfolgt. Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ich willige in die o.g. Informationen ein

Ich willige NICHT in den Versand unverschlüsselter E-Mails ein. Dies bedeutet, dass die Praxis mir auch keine Termine, Erinnerungen oder ähnliches per E-Mail zukommen lassen darf

Ort, Datum: _____

Unterschrift: **X** _____
(Versicherter/Erziehungsberechtigter)



| Heilmittel | Preis pro Behandlung |
|--|-----------------------------|
| Osteopathie (50 min.) | 110,00 € |
| Kinesio Tape | |
| - kleine Anlage | 12,00 € |
| - mittlere Anlage | 18,00 € |
| - große Anlage | 26,00 € |
| Untersuchungsverfahren zum somatosensorischen Tinnitus | 67,00€ |

Die Kosten der physiotherapeutischen Maßnahmen orientieren sich an der aktuellen Vergütungsvereinbarung der gesetzlichen Krankenkassen, einsehbar unter www.gkv-spitzenverband.de

Die Kosten für Privatversicherte Patienten für Leistungen der Krankengymnastik, Manuellen Therapie und Massage betragen den 1,8 fachen Satz der aktuellen Vergütungsvereinbarung des Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Im Rahmen einer Veränderung der Vergütungsvereinbarung werden auch zukünftig die jeweils festgelegten Kosten anpassen.

Die Kosten der Leistungen der Manuellen Lymphdrainage und Krankengymnastik ZNS für Kinder betragen den 1,5 fachen Satz der oben angegebenen Vereinbarung.

Die Kosten eines Hausbesuchs stimmen mit den Angaben der GKV überein. Falls sich jedoch ein Fahrtweg von über 20 km ergibt, behalten wir uns vor einen höhere Wegegeldvergütung vorzunehmen.

Falls Sie Leistungen über den sektoralen Heilpraktiker für Physiotherapie beziehen möchten, orientieren sich die damit verbundenen Kosten an der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH), einsehbar unter Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker - Fachverband Deutscher Heilpraktiker.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: **X** _____
(Versicherter/Erziehungsberechtigter)