

Behandlungsvertrag GKV

Sehr geehrte Patient*Innen,
dieses Formular stellt einen **Behandlungsvertrag** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefon	

1. gesetzlich Versicherte (GKV)

Gesetzlich Versicherte.

a. Die Abrechnung erfolgt zu den vertraglich vereinbarten Vergütungssätzen.

b. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit 10% zuzahlungspflichtig. Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10 Euro pro Rezept an. Diese Beträge werden mit der 1. Behandlung, spätestens nach der 2. Behandlung fällig. Danach sind wir verpflichtet die Forderung an die KK weiterzuleiten, welche dann mit einem Mahnverfahren an Sie herantritt.

Der *Zuzahlungsbetrag* kann sich während der Behandlung, aufgrund von Preisänderungen durch die GKV rückwirkend, verändern. Wir sind verpflichtet, die korrekte Summe, im Namen der Krankenkasse einzufordern, auch wenn zu Beginn der Behandlung ein anderer Betrag vorlag.

c Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient bzw. Betreuer einer zu behandelnder Person über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe, oder ich lege einen aktuellen Befreiungsausweis vor. Um Ihnen und auch uns zusätzlichen Aufwand und Kosten zu ersparen, möchten wir Sie bitten, Ihre Zahlung fristgerecht innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu begleichen.

d. Kommt es zu einem Behandlungsabbruch wird die gezahlte Summe neu berechnet und es entsteht ein Guthaben. Dieses Guthaben erstatten wir bei Vorlage Ihrer Kontodaten umgehend zurück.

Kontoverbindung IBAN _____

Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:

Die Behandlung muss spätestens 28 Tage nach Ausstellung der ärztl. Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 Tage unterbrochen werden. Es liegt vor allem in Ihrem Sinn und in Ihrer Verantwortung, dass Ihre Behandlung regelmäßig stattfindet.

Wir führen unsere Praxis im Bestellsystem, d.h. wir führen Behandlungen nur aufgrund fest vereinbarter Termine durch und halten einen mit Ihnen vereinbarten Termin ausschließlich für Sie frei, sodass ihnen kaum Wartezeit entsteht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden** vorher absagen. **Bei chronischen Patienten akzeptieren wir auch kurzfristige Absagen wegen Arztterminen oder Krankenhauseinweisungen.**

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen ein Betrag in Höhe von **pauschal 15,00 Euro** bzw. **der Vergütungssatz dieser Therapieeinheit** in Rechnung gestellt. Kann eine Verordnung mit dringlichem Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen nicht begonnen werden, erfolgt, nach Arztrücksprache, eine Änderung auf Behandlungsbeginn spätestens 28 Tage und das Rezept behält seine Gültigkeit.

Aufklärung:

Ziele der physiotherapeutischen Maßnahmen:

Erhaltung der aktiven selbständigen Alltagsbewegungen, Vermeiden von Kontrakturen, Schmerzlinderung, Kreislaufanregung, Thrombose- und Dekubitus Vermeidung

Den Behandlungsvertrag habe ich gelesen und verstanden. Die Mitarbeiter der **Praxis für Physiotherapie Annekathrin Hinz** haben mich hiermit 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.

Die Haftung der **Praxis für Physiotherapie Annekathrin Hinz** für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

Datenweitergabe:

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

Ich entbinde das Pflegepersonal der Pflegeeinrichtung gegenüber den Mitarbeitern der Praxis für Physiotherapie Annekathrin Hinz von der Schweigepflicht. Es können für die Therapie notwendige Information / Daten aus der Patientenakte, im Rahmen der DSGVO, preisgegeben werden.

Datum/Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Behandlungsvertrag vollständig ausgefüllt habe und auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit (bei Privat-/Beihilfepatienten der Vergütung hingewiesen wurde. **Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.**

Datum/Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift Praxis

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.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist die Praxis für Physiotherapie Annekathrin Hinz.

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 (einschl. 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 Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie an das Abrechnungszentrum **NOVENTI GmbH** 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 gesetzl. Krankenkassen verpflichtet sind, oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzte und Krankenversicherungen sind wir gesetzlich verpflichtet. Die Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzl. Krankenkassen und unsere Patienten 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 Abrechnungszentrum weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen. Des Weiteren sind wir verpflichtet, Belege dem Finanzamt vorzulegen.

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 lautet:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit MV, Werderstraße 74a, 19055 Schwerin