

Behandlungsvertrag für gesetzlich Versicherte



2. Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Telefonnummer

überweisender Arzt / Klinik

Krankenkasse

zuzahlungspflichtig/befreit?

Die Abrechnung erfolgt nach den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen.

Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit 10% zuzahlungspflichtig (Gebühr wird von Ihrer Krankenkasse erhoben). Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze. Der genaue Betrag wird in der Quittung ausgewiesen. Ebenfalls fällt eine Gebühr in Höhe von 10€ pro Rezept an. Diese Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig.

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist exklusiv für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht.

Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden. Nicht bezahlte Rechnungen werden von IFB INKASSO bearbeitet und vollstreckt.

Zu den Terminen bringen Sie bitte mit: Handtuch groß, ggf. aktuelle Befunde

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein. Dieser Vertrag gilt für alle zukünftig bei uns eingelösten Heilmittelverordnungen.

Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Datum und Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter

**2. Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung
für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art.
9 DSGVO**

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. ihrer Krankenkasse.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO: Jörn Birkenmeier Praxisinhaber und Julia Lenz fachliche Praxisleitung. Kontakt: 0341 9999770 / kontakt@ppsalus.de / Gorkistraße 85 in 04347 Leipzig.

Einer Kontaktaufnahme seitens der Praxis stimme ich mit Hinterlegung der aktuellen Adresse, Telefonnummer oder / und E-Mail-Adresse zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

.....
Datum, Unterschrift Patient/in

Mit freundlichen Grüßen

Jörn Birkenmeier

**Praxis für Physiotherapie und Osteopathie Pro Salus
Gorkistraße 85 in 04347 Leipzig
Tel: 0341 / 99 99 77 0
kontakt@ppsalus.de**