

Behandlungsvertrag

Ich stimme bzw. mein Vertreter stimmt dem folgenden Behandlungsvertrag mit der Physiotherapie Eibl zu:

1. Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdag:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon (mobil, privat oder beruflich):
E-Mail:
Krankenkassenstatus / Krankenversicherungsstatus:
☐ Beihilfeberechtigt. ☐ Bund ☐ Land:
☐ Privat krankenversichert
☐ Selbstzahler
Krankenkasse / Krankenversicherung:

2. Vertreter (Eltern, Betreuer, Bevollmächtigter, sonstiger Vertreter)

Name:
Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon (mobil, privat oder beruflich):
E-Mail:
Vertreter-Stellung zum Patienten / zur Patientin:
☐ Eltern ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter ☐ Sonstiger Vertreter:
Vertretungsbefugnis-Nachweis:

3. Preis- und Leistungsverzeichnis

Für Behandlungen der Physiotherapie Eibl gelten für alle Patienten die jeweils aktuellen Vergütungen gemäß unserem aktuellen Preis- und Leistungsverzeichnis" (siehe Aushang Praxisräume). Das Preis- und Leistungsverzeichnis unterscheidet grundsätzlich neben den verschiedenen zu erbringenden Leistungen, auch zwischen beihilfeberechtigten und privat krankenversicherten Patienten. Die Preise für Leistungen, die nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt sind werden vorab zwischen Patient bzw. seinem Vertreter und Physiotherapie Eibl vereinbart.

4. Behandlungsbeginn ohne Verordnung (Rezept) bei gesetzlich krankenversicherten Patienten und Kostentragung

Liegt bei gesetzlich krankenversicherten Patienten zum Tag der ersten Behandlung keine bzw. keine gültige ärztliche Verordnung (Rezept) vor, so werden die erbrachten Leistungen zu den jeweils aktuellen Vergütungen bei privat krankenversicherten Patienten gemäß unserem aktuellen Preis- und Leistungsverzeichnis in Rechnung gestellt. Dies erfolgt nicht, wenn die Verordnung (Rezept) beim ersten Termin bereits durch einen Arzt ausgestellt war und die Verordnung (Rezept) zum nächsten (zweiten) Termin nachgereicht wird.

5. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine und Ausfallvergütung

Sofern ein vereinbarter Termin nicht
spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt wird
(auch bei Krankheit, außer bei Vorlage einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung innerhalb 7 Tagen),
wird für diesen nicht rechtzeitig abgesagten Termin eine Ausfallvergütung in Rechnung gestellt
bei einer vereinbarten Behandlungsdauer bis zu 30 Minuten (einschließlich): EUR 25,00; und
bei einer vereinbarten Behandlungsdauer von über 30 Minuten: EUR 50,00.

Landshut, den

.....
Unterschrift Patient / Vertreter

.....
Physiotherapie Eibl

Datenverarbeitung

Ich bzw. mein Vertreter stimme / stimmt den folgenden Datenverarbeitungsbestimmungen zu und willige / willigt ein, dass meine personenbezogenen Daten durch die Physiotherapie Eibl und deren verbundene Unternehmen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

1. Patient

Name:
 Vorname:
 Geburtstag:
 Straße, Hausnummer:
 PLZ, Wohnort:
 Telefon (mobil, privat oder beruflich):
 E-Mail:
 Krankenkassenstatus / Krankenversicherungsstatus:
☐ Beihilfeberechtigt. ☐ Bund ☐ Land:
☐ Privat krankenversichert
☐ Sonstiges:
 Krankenkasse / Krankenversicherung:

2. Vertreter (Eltern, Betreuer, Bevollmächtigter, sonstiger Vertreter)

Name:
 Vorname:
 Straße, Hausnummer:
 PLZ, Wohnort:
 Telefon (mobil, privat oder beruflich):
 E-Mail:
 Vertreter-Stellung zum Patienten / zur Patientin:
☐ Eltern ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter ☐ Sonstiger Vertreter:
 Vertretungsbefugnis-Nachweis:

3. Praxisbetrieb, Terminplanung, Praxis Organisation, Dokumentation, Dienstleister

Ich willige ein zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten

- a) im täglichen Praxisbetrieb der Physiotherapie Eibl, insbesondere Aufruf an der Rezeption, Namensnennung am Telefon;
- b) zur Terminplanung, Terminänderungen, Terminbestätigungen, Terminerinnerungen durch Physiotherapie Eibl oder durch von Physiotherapie Eibl beauftragte Dienstleister und deren jeweiligen Datenverarbeitungseinrichtungen;
- c) zur Organisation des Praxisbetriebs, insbesondere auch zur Nutzung einer Praxis-Organisations-Software und der gegebenenfalls erfolgenden dezentralen Speicherung der in dieser Praxis-Organisations-Software erfassten Daten in ausgelagerten Rechenzentren;
- d) zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, insbesondere auch zur therapeutischen Dokumentation, z. B. zum Erstellen von Behandlungsberichten und gegebenenfalls Mitteilungen dieser Behandlungsberichte an überweisende Ärzte, an Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen; und
- e) zur Nutzung und Verarbeitung durch Dienstleister und Berater der Physiotherapie Eibl, die auf Grund gesetzlicher und/oder sonstiger rechtlicher Vorgaben und Vereinbarungen besonders zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, z.B. medizinische Dienstleister, Steuerberater, Rechtsanwälte, und deren entsprechend zur Verschwiegenheit verpflichtete Mitarbeiter.

4. Kommunikation

Zum Zweck der **Terminvereinbarung, Terminänderung, Terminbestätigung und Terminerinnerung**, insbesondere, auch durch von uns beauftragte Dienstleister, willige ich in die Kommunikation **per Telefon, Fax, WhatsApp, SMS, WhatsApp und E-Mail** ein.

Zur **Ermöglichung und zur Erfüllung des Behandlungsvertrags** und damit zusammenhängender Anfragen, insbesondere auch zur Übermittlung von Behandlungsberichten, willige ich in die **Kommunikation mit Ärzten, Krankenkassen und Krankenversicherungen per Telefon und Fax, WhatsApp ein**.

☐ Zur **Ermöglichung und zur Erfüllung des Behandlungsvertrags** und damit zusammenhängender Anfragen, insbesondere auch zur Übermittlung von Behandlungsberichten, willige ich in die **unverschlüsselte Kommunikation mit Ärzten, Krankenkassen und Krankenversicherungen per E-Mail** ein.

☐ Zum **Versand von Rechnungen** und damit zusammenhängender Kommunikation willige ich in die **unverschlüsselte Kommunikation mit Physiotherapie Eibl per E-Mail** ein.

Im Einzelfall, wenn ich dies wünsche bzw. erlaube, z. B. durch Anfrage meinerseits per Telefon, E-Mail, Fax, WhatsApp, WhatsApp oder SMS, willige ich in die, gegebenenfalls unverschlüsselte, Kommunikation mit Physiotherapie Eibl per Telefon, E-Mail, Fax, WhatsApp. WhatsApp und SMS ein.

In diesem Zusammenhang wurde ich darauf hingewiesen, dass die **unverschlüsselte Kommunikation** mittels E-Mail, Fax, WhatsApp, WhatsApp und SMS das Risiko birgt, dass **keine uneingeschränkte Vertraulichkeit** gewährleistet ist und es technisch möglich ist, dass auf unverschlüsselte Kommunikation ein unberechtigter Zugriff möglich ist, sowohl die Möglichkeit der unberechtigten Kenntnisnahme als auch die Möglichkeit der unberechtigten Veränderung des Inhalts. Mir ist bekannt, dass die unverschlüsselte Kommunikation mittels E-Mail, Fax, WhatsApp und SMS, wenn so vereinbart, insbesondere auch Informationen zu meinem Krankheitsbild enthalten können.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- a) die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen personenbezogenen Daten meiner Person unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO") und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG") erhoben, verarbeitet und genutzt werden und entsprechend nur in Ausnahmefällen mein Einverständnis benötigt wird. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung und Nutzung zu widerrufen;
- b) die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich meine Einwilligung verweigern kann, mit der Folge, dass die Behandlung möglicherweise nicht erbracht werden kann;
- c) ich das Recht habe,
 - über die mich erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten,
 - die Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen, und unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung bzw. Sperrung von Daten, die Einschränkung der Datenverarbeitung sowie die Datenübertragbarkeit zu verlangen, mich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt,
 - mit Wirkung für die Zukunft, diese Datenverarbeitungseinwilligung zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Aufbewahrungsfristen und sonstiger gesetzlicher Vorgaben, falls und sobald solche gesetzlichen Fristen und Vorgaben der Löschung nicht mehr entgegenstehen, gelöscht. Sofern ich dies wünsche, wird PHYSIOTHERAPIE EIBL meinen Widerruf an die oben genannten dritten Personen, Berater, Dienstleister, entsprechend meinen Vorgaben, gegebenenfalls weiterleiten und wird diese dritten Personen, Berater, Dienstleister, bitten, sofern und soweit dies mit angemessenem Aufwand möglich ist, ihrerseits meine Daten, ebenfalls jeweils vorbehaltlich gesetzlicher Aufbewahrungsfristen und sonstiger gesetzlicher Vorgaben, entsprechend den Vorgaben der DSGVO und des BDSG zu löschen.

Den Aushang „**Datenschutzinformationen**“ habe ich gesehen, gelesen und verstanden.

Landshut, den

.....
Unterschrift Patient / Vertreter