

Praxis für Physiotherapie & Heilpraktikerin *Angela Kaiser*

Deubener Straße 11, 01159 Dresden

Tel. +49 351 412 0476 // E-Mail: physiotherapie.kaiser@mail.de

Erfassungsbogen vor dem Erstgespräch und **Behandlungsvertrag** über Heilpraktikerleistungen und Privatleistungen der Physiotherapie

Patientenangaben:

Vorname, Name: _____ Geb.-Datum.: ____ / ____ / ____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Tel. Nr.: _____ mobil : _____

Krankenversicherung: _____
auch z. B. private Zusatzversicherung

Medikamente: _____

Vorerkrankungen: _____

Operationen, Unfälle: _____

Allergien (auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten): _____

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis für Physiotherapie & Heilpraktikerin – Angela Kaiser - 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 vorstehenden genannten 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 für Physiotherapie – Angela Kaiser -
Deubener Straße 11
01159 Dresden

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.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden

Erklärung zur gewünschten Behandlung

Ich möchte durch die Heilpraktikerin Angela Kaiser“ behandelt werden bzw. wünsche als Erziehungsberechtigter die Behandlung für meinen Sohn / meine Tochter:

Name, Vorname des Kindes :

Ich wurde eindeutig darüber aufgeklärt,

1. wie hoch der Kostensatz pro Behandlung / Konsultation oder der gesamten Behandlungsserie ist. (Grundlage ist die aktuelle Gebührenliste der Heilpraktikerin Angela Kaiser, wird mit Unterzeichnung des Behandlungsvertrages ausgehändigt)
Das unverbindliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GeBüH) kommt nicht zur Anwendung.
2. dass eine private oder gesetzliche Krankenversicherung die entstehenden Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise übernimmt. Ich werde die Krankenkasse / private Versicherung für eine entsprechende Klärung selbst kontaktieren. Im Falle einer Nichterstattung sind die Behandlungskosten von mir selbst zu tragen.

Behandlungsvertrag

1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine heilpraktikertypische heilkundliche Behandlung des Patienten. Die Heilpraktikerbehandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte - naturheilkundliche Heilverfahren.

2. Der Patient verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachten Leistungen.

Es gelten die Regelungen des BGB über den Dienstvertrag. Mit seiner Unterschrift erkennt der Patient das vereinbarte Honorar für die durchzuführenden Behandlungen an.

Der Rechnungsbetrag ist 14 Tage nach Zugang der Rechnung fällig. Nach Ablauf der Zahlungsfrist gerät der Patient gemäß §286 Abs. 2 Nr. 2 auch ohne Mahnung in Verzug. Für die erste und zweite Mahnung, welche nach Eintritt des Verzuges erfolgen, werden 10 € Mahngebühr vereinbart. Diese sind mit Zugang der jeweiligen Mahnung fällig.

Hinweis:

Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen Patient und Dienstleister (PraxisinhaberIn). 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.

Heilpraktiker nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.

Auch wenn Krankenversicherungsunternehmen bzw. Beihilfestellen für die Angemessenheit der Vergütung von Leistungen durch Heilpraktiker eigene Höchstsätze festgelegt haben, berühren diese nicht das Rechtsverhältnis zwischen dem Dienstleister und dem Patienten. Der privat / gesetzlich versicherte 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.

3. Der Patient wird durch den behandelnden Therapeuten mündlich über die verordnete Therapie aufgeklärt. Der Patient wird über Art, Umfang, Durchführung der Therapie und mögliche Risiken aufgeklärt. Ihm wird ein Ausblick auf den Therapieverlauf gegeben und er wird informiert, was er selbst zum Erfolg der Therapie beitragen kann.

4. Der Patient informiert den Therapeuten über bestehende Erkrankungen oder körperliche Einschränkungen, welche für den Therapieablauf relevant sein können.

5. Mit seiner Unterschrift willigt der Patient in die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung seiner persönlichen Daten in der Praxis-EDV und Patientenkartei ein, welche für die Abrechnung notwendig sind.

6. Der Patient ist verpflichtet, vereinbarte Termine die er nicht wahrnehmen kann, bei 30 min Behandlung mindestens 24 Stunden und bei 60 – 90 min Behandlung mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Sagt der Patient einen Termin nicht rechtzeitig ab, ist er verpflichtet, für diesen Termin einen Schadensersatz in Höhe des vereinbarten Honorars zu zahlen. Der Schadensersatz ist nicht fällig, wenn es dem Patienten objektiv oder subjektiv unmöglich war, den Termin rechtzeitig abzusagen oder der Therapeut anderweitig eingesetzt werden konnte.

Die Behandlung erfolgt ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Kommen Sie daher bitte immer pünktlich.

Hiermit bestätige ich, die Einwilligungserklärung zum Datenschutz, die Erklärung zur gewünschten Behandlung und den Behandlungsvertrag gelesen und verstanden zu haben.

Dresden, den

Unterschrift Patient/In

Unterschrift PraxisinhaberIn (Angela Kaiser)