

# BEHANDLUNGSVERTRAG ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

## VEREINBARUNG MIT:

Vorname Name (in Druckbuchstaben)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl                      Ort

Die ärztlich verordnete Therapie für den o.g. Patienten wird gemäß Patientenrechtegesetz nach anerkanntem, fachlichem Standard erfolgen.

## 1. AUFKLÄRUNG

Mein behandelnder Therapeut hat mich über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen sowie Risiken der Therapiemaßnahmen sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Insbesondere bin ich auf Folgendes hingewiesen worden:

(Bsp.: Möglichkeit von Muskelkater am Folgetag der Behandlung).

**Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.**



---

Unterschrift

## 2. ZAHLUNG

**Bei gesetzlich Versicherten gilt:** Bei ärztlicher Verordnung erfolgt die Abrechnung 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. Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze. Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10 Euro pro Rezept an. Der genaue Betrag wird in einer Quittung

ausgewiesen. Die Beträge werden sofort fällig. Die Zuzahlungsregelung gilt nicht für Berufsgenossenschaften und Postbeamtenkrankenkasse.

**Für Privatversicherte gilt die Honorarvereinbarung.** Das Honorar für Selbstzahlerleistungen ist nach Beendigung der Behandlung von Ihnen direkt an den Leistungserbringer in bar zu zahlen.

### 3. TERMINVEREINBARUNG

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die ausschließlich nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist nur für Sie reserviert. **Wenn Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, sagen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher ab**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Wir können als Praxis das Risiko, dass Sie kurzfristig verhindert sind, nicht übernehmen. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig 24 Stunden vorher absagen, wird Ihnen die Vergütung der Behandlung privat in Rechnung gestellt. Kann der Termin anderweitig vergeben werden, entstehen Ihnen selbstverständlich keine Kosten. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.



---

Unterschrift

### 4. DATENWEITERGABE

Ich wurde über die Bestimmungen des Datenschutzes im Rahmen meiner Behandlung informiert. In diesem Zusammenhang erkläre ich, dass an mich ein Informationsblatt den Datenschutz betreffend ausgehändigt wurde. Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an externe Abrechnungsstellen - ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Krankenbehandlungen - erkläre ich mich bis zu meinem Widerruf einverstanden.

**Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Infekt belastete Patienten nicht behandeln können.**

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein.  
Ein Exemplar dieser Behandlungsvereinbarung habe ich erhalten.

Datum

Ort



---

Unterschrift (des gesetzlichen Vertreters)

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Nach dem Datenschutzrecht sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

## 1. VERANTWORTLICHE FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Physiotherapeutische Praxis Jacqueline Boche  
Wilhelmstr. 40  
16225 Eberswalde

Unser Datenschutzbeauftragter ist zu erreichen unter:  
03334.212398

## 2. ZWECKE DER VERARBEITUNG

Wir erheben und Verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zu dem Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen insbesondere in der Form der Abgabe von Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik). Zudem verarbeiten wir Ihre Daten im Rahmen von Angeboten der primären Prävention und Gesundheitsförderung, sofern Sie an diesen teilnehmen. Unsere Praxis ist in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung).

Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen:

Abrechnungsdaten, Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich 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.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir behandeln alle Patientendaten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion. Eine Weitergabe Ihrer Daten endet an Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte, an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) und an das Abrechnungszentrum NOVENTI Health Care, Schmidtstr. 32-36, 94234 Viechtach. 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 gesetzlichen 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 NOVENTI Health Care erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen 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 das Abrechnungszentrum weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen.

**4. 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

**5. NACH DEM DATENSCHUTZGESETZ STEHT IHNEN DAS RECHT AUF AUSKUNFT,  
DATENÜBERTRAGBARKEIT UND EINSCHRÄNKUNG DER VERARBEITUNG ZU.**

Außerdem haben Sie das Recht sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren, das ist:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Maja Smoltczyk  
Friedrichstr. 219  
10969 Berlin

bzw.

Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht  
Dagmar Hartge  
Stahnsdorfer Damm 77  
14532 Kleinmachnow

Ihre Physiotherapeutische Praxis Jacqueline Boche

**PATIENTENERKLÄRUNG**

Ich erkläre, dass mir am heutigen Tag die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt wurde und ich über meine Rechte betreffs des Datenschutzes informiert wurde.

Datum

Ort

Vorname Name (in Druckbuchstaben)



---

Unterschrift