

BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen

Name Vorname
(Patient und ggf. gesetzlicher
Vertreter)

Geburtsdatum (Patient)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

Krankenversicherung

und

*Physiotherapie Thormann
Michael Thormann
Sektoraler Heilpraktiker Physiotherapie
Fachwirt für Prävention und Gesundheitsförderung
Steekberg 7
24107 Kiel*

1. Vergütung der Therapieleistungen

a. Privatpatienten

Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem 14.01.2022 begonnen werden.
Die Vergütungssätze gelten für:

- Befunderhebung
- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel
- Physiotherapeutische Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden
(Heilpraktikerleistungen, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie)

Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen physiotherapeutischen Therapiemethoden sowie die Behandlungszeiten sind diesem Vertrag als Anlage beigelegt.

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.

b. Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 % der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Die gesamte Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung.

2. Ausfallgebühr

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich 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.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und uns abgeschlossen worden ist. Gern können Sie diese auch bei uns einsehen.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

3. Datenweitergabe zur Abrechnung (Privatpatienten und Patienten ohne Verordnung)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.

Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungsstellung arbeiten wir bezüglich der Abrechnung mit der Firma Opta-data zusammen. Unsere Honorarforderung aus diesem Behandlungsvertrag treten wir an die Verrechnungsstelle ab. Die Verrechnungsstelle erstellt in unserem Auftrag die Rechnung und zieht unsere Honorarforderung ein. Durch Ihre Unterschrift

erteilen Sie widerruflich Ihr Einverständnis, die zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an die o. g. Verrechnungsstelle zu übermitteln. Die Daten beinhalten die detaillierte Aufstellung der erbrachten Leistungen mit Behandlungsdatum, die dazugehörigen Diagnosen sowie Ihren Namen, Ihre Anschrift und Ihr Geburtsdatum.

4. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen), die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Heilpraktikerleistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

5. 1Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

ja **nein**

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

5.2. Documentation

Ich willige ein, dass der Therapeut während der Behandlung die Therapieergebnisse auf einem Diktiergerät festhält und eventuell Fragen während der Aufnahme stellen darf.

6. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt.

Vergütungssätze für Privatpatienten und Selbstzahler

Je Behandlungseinheit werden ab dem 27.01.2022 folgende Preise berechnet:
Regeldauer je Behandlungseinheit (Ausnahme:, Taping):

Befunderhebung: 20-40 Minuten	25-50	Euro
Klassische Massagetherapie: 20-40-60 Minuten	25-50-75	Euro
Bindegewebssmassage: 20-40-60 Minuten	25-50-75	Euro
Übungsbehandlung: 20-40-60 Minuten	25-50-75	Euro
Chirogymnastik: 20-40-60 Minuten	25-50-75	Euro
Krankengymnastik: 20-40-60 Minuten	25-50-75	Euro
Manuelle Therapie: 20-40-60 Minuten	30-60-90	Euro
Traktionsbehandlung: 20 Minuten	20	Euro
Elektrotherapie: 20 Minuten	20	Euro
Wärmetherapie mittels Heißluft: 20 Minuten	20	Euro
Wärmetherapie mittels Heiße Rolle: 20 Minuten	20	Euro
Wärmetherapie mittels Ultraschalles: 20 Minuten	20	Euro
Wärmetherapie mittels Warmpackung: 20 Minuten	20	Euro
Fußreflexzonentherapie: 20-40-60 Minuten	25-50-75	Euro
Taping (Maßnahme inklusive Material)	Ca. 20	Euro
Zuzahlung: 20 Minuten	25	Euro

Datum:	
Unterschrift:	

Datenschutz

Kenntnisnahme vom Patienten/Kunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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. 6 Abs. 1 b in Verbindung mit 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. Die Abrechnung wird dabei von dem Unternehmen OPTA-DATA vorgenommen, mit welchem wir einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diesen Dienstleister sicher sind.

Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen per E-Mail nutzen wollen, wird Ihre E-Mail-Adresse einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert.

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.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Name und Anschrift: Landesbeauftragte für Datenschutz in Holstenstraße 98 in 24103 Kiel

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO

Name und Anschrift Praxisinhaber: Michael Thormann/Steekberg 7 in 24107 Kiel

ggf. Datenschutzbeauftragter: Michael Thormann E-Mail: gt-thormann.de

Löschkonzept

Art der Daten	Löschung nach
Patientendaten:Patientenakte mit Anmeldebogen, Behandlungsvertrag, Verordnungskopie, Aufklärungsbogen,Befundbögen,Behandlungsplan,Verlaufsdokumentation und Arztberichte	10 Jahre nach Ender der Behandlung (in Einzelfällen evtl. Länger)
Präventionsvertrag	10 Jahre nach Ender der Behandlung
Rechnungskopie (Privatpatienten)	10 Jahre nach Ender der Behandlung

Die Daten werden DSGVO Konform nach DIN 66399 vernichtet.

Anamnesebogen

Eingangsdaten	Angaben
Größe	
Gewicht	
Hobby	
Beruf	
Diagnosen	
Befunde	
Tragen Sie Einlagen	

B-Symptomatik

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Haben Sie Fieber?		
Haben Sie Nachtschweiß?		
Haben Sie ungewollten Gewichtsverlust?		
Haben Sie Nachtschmerzen?		
Akute Entzündungen?		

Beschwerden

	Beantworten Sie bitte die Fragen
Was sind Ihre Hauptbeschwerden?	
Seit wann haben Sie diese Beschwerden?	
Was war der Auslöser dieser Beschwerden?	
Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlimmert?	
Wodurch werden Ihre Beschwerden gelindert?	
Lösen bei Ihnen Husten-Niesen-Pressen schmerzen aus?	
Haben Sie Kopfschmerzen?	
Haben Sie Schwindel?	
Starke Nervosität und Unruhe?	
Stimmungsschwankungen?	
Konzentrationsstörungen?	
Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung?	
Haben Sie noch andere Beschwerden?	
Ausstrahlung in den Linken Arm? Brust Enge?	

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Sind Sie Schwanger?		

Vorerkrankungen -

Kreuzen Sie bitte die Felder an die zutreffen	JA	NEIN	UNBEKANNT
Thrombosen			
Bluthochdruck			
Gefäßerkrankungen			
Herzkrankheiten			
Magenerkrankung			
Lungenerkrankung			
Nierenerkrankung			
Krebs			
Gicht			
Rheuma			
Leberentzündung			
Osteoporose			
Bandscheibenvorfall			
Psychische Erkrankungen			
Transplantationen			
Sonnebrand			
Brandwunden			
Frische Verletzungen			
Knochenbrüche vor 8 Wochen			
Knochenverletzungen			
Frische Narben			
Chronische Entzündungen			
Frischer Muskelrisse oder Quetschungen			
Herzrhythmusstörungen			
Einnahme von Gerinnungshemmern			
Sonstige Hautveränderungen			
Funktionsstörung der Schilddrüse			
Astma bronchiale			

Sonstige Angaben

--

Operationen

JA	NEIN	WANN	WAS

Vegetative Anamnese

	Vermehrt	Vermindert	Trifft nicht zu
Durst			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
Ich Schwitze			

Medikamente

JA(Welche)	NEIN

Allergien

JA	NEIN	WANN	WAS

Genussmittel

JA	NEIN	WANN	WAS

--

Datum	
Unterschrift	

