

## **Therapie und Prävention**

**Henk van Bergen**

**Bahnhofstr. 82**

**46145 Oberhausen**

**0208 / 630526**

**0208 / 6350316**

**physiotherapie-van-bergen@t-online.de**

**www.physiotherapie-van-bergen.de**

Aufnahmebogen/ Behandlungsvereinbarung für \_\_\_\_\_

wir freuen uns Sie (wieder) bei uns begrüßen zu

Sind Ihre Daten (noch) richtig?

Bitte korrigieren / ergänzen:

geb. am \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

### **Allgemeines**

*Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.*

#### **Bitte bringen Sie zur Behandlung ein Handtuch mit.**

*Sollten Sie Ihr Handtuch vergessen haben, so stellen wir Ihnen ein Handtuch für 1 € zur Verfügung.*

*Dieser Betrag wird dem Kinderhilfsprojekt auf den Philippinen gespendet.*

#### **Bitte kommen Sie pünktlich zu Ihren Terminen.**

*Seien Sie bitte **5 Minuten** vorher da, um eventuelle Verwaltungs- angelegenheiten zu erledigen.*

*Verlorengegangene Zeit durch Zuspätkommen wird von der Behandlungszeit abgezogen.*

*Sollte die Behandlungsdauer (Richtwert der Krankenkassen: (15 - 20 Minuten) unterschritten werden, muss die Therapie ausfallen.*

### **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.*

*Die Höhe der Zuzahlung beträgt für die aktuelle Verordnung: \_\_\_\_\_ €.*

### **Ausfallgebühr**

*Sie kommen zur Behandlung 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.*

*Wir stellen 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.*

### **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.*

### **Information zum Datenschutz.**

*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. Sie haben das Recht jederzeit eine kostenlose Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten zu verlangen.*

*Desweiteren haben Sie das Recht auf Berichtigung sowie das Recht auf Löschung Ihrer Daten.*

**Patientenaufklärung**

*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.*

0 ja      0 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. Einverständniserklärung**

*Ich habe die Bedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieser Behandlungsvereinbarung ist mir ausgehändigt worden.*

\_\_\_\_\_ Datum  
Patient/Patientin

\_\_\_\_\_  
Gesetzlicher Vertreter der Patientin/des Patienten