

## Behandlungsvereinbarung

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Therapieangebot entschieden haben.

Als PhysioMove Leipzig (Prager Straße 61, 04317 Leipzig, Tel.: +4915565004477) schließen wir diesen Behandlungsvertrag mit Ihnen als Patient: in, um die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen.

### **Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen.

Bitte unterzeichnen Sie zusätzlich die beiliegenden Dokumente: Datenschutzvereinbarung, Schweigepflicht-Entbindung und/oder Honorarvereinbarungen.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam vor der Unterzeichnung zur Verfügung.

### **1. Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge)**

Die Praxis rechnet direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.

Zuzahlung GKV-Versicherte: Sie zahlen einen Eigenanteil von **10 € plus 10 % der Therapiekosten** Ihrer Heilmittelverordnung. Der Betrag ist ab der ersten Behandlung per Karte oder per Rechnung zu bezahlen.

Gewünschte ergänzende Leistungen, die über die ärztliche Verordnung hinausgehen, werden in einer separaten Honorarvereinbarung festgehalten und als Selbstzahlerleistung erbracht. Die Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.

### **2. Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler: innen**

Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der beiliegenden Vorkostenanschlags.

Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen – unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung. Die Abrechnung für Privatversicherte/ Beihilfeversicherte erfolgt nach Beendigung des Rezeptes per Karte oder per Rechnung zu bezahlen.

Die Abrechnung für Selbstzahler: innen erfolgt nach jedem Termin, zahlbar per Karte oder per Rechnung.

### **3. Terminregeln und Ausfallgebühr**

Die Praxis ist als Bestellpraxis organisiert – jeder Termin wird exklusiv für Sie reserviert.

Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ausfallgebühr: Bei späterer Absage oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte.

Ab einer Verspätung von 15min gilt der Termin als nicht abgesagt.

Das Ausfallhonorar beträgt 20€.

Die Praxis informiert Sie rechtzeitig, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung.

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientinnen

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU- Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

PhysioMove Leipzig

Prager Straße 61

04317 Leipzig

+4915565004477

kontakt@physiomove-leipzig.de

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen Ihrem Therapeuten und Ihrem Arzt und die verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Therapeuten und Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte/ Physiotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstelle sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistung, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

#### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

#### **5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berechtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

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:

Sächsische Datenschutz- und Transparenzbeauftragte  
Postfach 11 01 32  
01330 Dresden

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Team von  
PhysioMove Leipzig

**Einverständniserklärung zur Entbindung der Schweigepflicht**  
**und die Erlaubnis zur Weitergabe der Daten**

Die Schweigepflichtsentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation.

Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtsentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (z. B. Befunde, Verlaufsdokumentation und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben.

Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der o. g. Praxis zu erfolgen.

## Einwilligung Behandlungsvereinbarung, Datenschutz, Entbindung von der Schweigepflicht

Name Patient: in: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Folgende Dokumente habe ich zur Kenntnis genommen:

- Behandlungsvereinbarung
- Datenschutz
- Entbindung von der Schweigepflicht

Ich willige in Behandlungsvereinbarung und in die Verarbeitung meiner Daten ein.

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Therapeuten: innen der Praxis PhysioMove Leipzig, Prager Straße 61, 04317 Leipzig von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen behandelnden Ärztinnen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Leipzig, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient: in/ Bevollmächtigter