

Liebe Patient*innen und Kund*innen,

herzlich willkommen im Bewegungszentrum Norderstedt. Dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

1. Aufrufen mit ihrem Namen im Wartebereich

Laut der DSGVO benötigen wir von Ihnen die schriftliche Einwilligung, Sie mit Ihrem Vor- und/oder Nachnamen im Wartebereich für Ihren Termin, Änderungen, Rezeptgebühr o.ä. aufrufen zu dürfen. Wir setzen Sie hiermit in Kenntnis, dass zu diesem Zeitpunkt andere Personen, die gleichzeitig im Wartebereich sitzen, Ihre persönlichen Daten mitbekommen können. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Einwilligung und Ihr Einverständnis.

Unterschrift: ✕ _____

2. Absageregulung

Vereinbarte Termine bekommen Sie ausgedruckt von uns mit. Sollte Ihnen etwas dazwischen kommen, bitten wir Sie, 24 Stunden vorher abzusagen (Telefon, AB, E-Mail, persönlich). Manchmal ist dies nicht möglich, da unerwartet und/oder kurzfristig vor dem Termin etwas dazwischen kommt (Krankheit z.B auch bei einer Corona Erkrankung oder einem positiven Schnell- oder PCR Test, Wasserrohrbruch, Kinderbetreuung entfällt, usw.). Wir bemühen uns, den Termin neu zu belegen. Ist uns dies nicht möglich, stellen wir Ihnen den Termin privat in Rechnung.

Alternative: Videotherapie von zu Hause aus. Bitte schicken Sie uns dafür das beigefügte Formular zurück und geben Sie bei Ihrer Absage Bescheid, ob Sie die Videotherapie nutzen möchten. Sollten Sie bei Ihrer Absage keine Angabe darüber machen, gehen wir davon aus, dass Sie die Videotherapie nicht nutzen möchten und stellen den Termin privat in Rechnung.

Unterschrift: ✕ _____

3. Rezeptgebühr gesetzlich Versicherte

Die Rezeptgebühren nehmen wir im Auftrag der Krankenkassen entgegen und leiten diese weiter. Sie zahlen pro Rezept einen Eigenanteil von 10€ plus 10% vom Rezeptwert. Die Rezeptgebühr ist zur ersten Behandlung zu zahlen und kann in bar oder per EC-Karte beglichen werden. Der genaue Betrag wird individuell je nach Krankenkasse berechnet.

4. Privatversicherte

Wir berechnen nach der Gebührenverordnung für Therapeut*innen, den genauen Rechnungsbetrag entnehmen Sie Ihrer Honorarvereinbarung.

5. Verspätung

Sollten Sie zu Ihrem Termin nicht pünktlich erscheinen, können wir eine Einhaltung der von den Krankenkassen vorgegebenen Therapiezeit nicht garantieren.

6. Erstverschlimmerung

Je nach Krankheitsbild und Therapie kann es nach einer physiotherapeutischen Behandlung zu einer Erstverschlimmerung Ihrer Beschwerden kommen. Bitte informieren Sie uns in Ihrer nächsten Behandlung darüber.

7. Rezepte / Verordnungen

Sollte uns zur 1. Behandlung keine Heilmittelverordnung oder eine ungültige Heilmittelverordnung vorliegen, dürfen wir Sie aus rechtlichen Gründen nicht behandeln. Wir behalten uns vor, Ihnen den Ausfall privat in Rechnung zu stellen.

Bitte wenden! →

8. Haftung

Die Haftung für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von einfacher Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung -auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen- für grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz. Bitte nehmen Sie Ihre Wertgegenstände mit in den Behandlungsraum.

9. Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass durch das Bewegungszentrum Norderstedt meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit der Krankenkasse, Abrechnungsstellen oder dem*der Patient*in, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungs Berichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den*die überweisenden Arzt*Ärztin, Krankenkasse und/oder die Abrechnungsstelle weitergegeben oder übermittelt werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass

- die zu den oben genannten Zwecken erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgen und das bei nicht gabe der Einverständnis der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse 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 an die oben stehende Anschrift zu richten.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Bewegungszentrum Norderstedt ggf. mit mir für Terminänderungen, Terminabsprache etc. per E-Mail kommuniziert.

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.

Unterschrift: ✕ _____

10. Therapeut*innenwechsel

Eine komplette Behandlungsserie bei einem*einer Therapeut*in durchzuführen ist organisatorisch nur mit längerer Wartezeit umzusetzen - diese werden von den Krankenkassen nicht anerkannt. Aus diesem Grund bitten wir um Ihr Verständnis, dass es zu einem Wechsel kommen kann. Diese Wechsel entstehen beispielsweise aus folgenden Gründen:

- Unterschiedliche Spezialisierungen unser Therapeut*innen
- Urlaube / Überstundenabbau / Ausfälle unserer Therapeut*innen
- Es bestehen Differenzen zwischen den Arbeitszeiten von Patient*innen und Therapeut*innen
- Um Ihre Therapieeinheiten so flexibel wie möglich zu gestalten, ist ein Therapeut*innenwechsel oft erforderlich

11. Aufklärung

Sie werden im Zuge der ersten Behandlung insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt und haben die Möglichkeit Fragen zu stellen. Sie dürfen die Aufklärung **vor** Behandlungsbeginn unterschreiben.

Unterschrift: ✕ _____

Bitte wenden! →

12. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist

Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein GROßES Handtuch mit, danke.

Gewünschte Anrede: _____

Name/Vorname: _____ E-Mail/Telefonnummer: _____

Norderstedt, den _____

Unterschrift: _____

Ich freue mich über eine Terminerinnerung per E-Mail: Ja Nein

Ja, ich möchte kostenlos über Kurse & Workshops/Angebote vom Bewegungszentrum informiert werden. Ich kann den Newsletter jederzeit abbestellen: Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Flyer Internet/Homepage Freunde/Familie/Bekannte Durch meinen Arzt/Ärztin

Einwilligungserklärung für Patient*innen und Kund*innen

Auf der nachfolgenden Seite haben Sie die Möglichkeit, uns Einwilligungen in bestimmte Formen der Datenverarbeitung zu erteilen. Sämtliche Einwilligungen enthalten eine Erläuterung des Zwecks der beabsichtigten Datenverarbeitung und eine genaue Beschreibung der Einwilligung, welche Sie uns mit Ihrer Unterschrift erteilen würden. Geben Sie uns *keine* Einwilligung, dürfen wir Ihre Daten zu diesem Zweck **nicht** verarbeiten. Bitte kreuzen Sie daher jeweils an, ob Sie uns die betreffende Einwilligung erteilen möchten oder nicht.

Hiermit erteile ich, Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

ggf. gesetzliche Vertretung _____

Unterschrift: _____

dem Bewegungszentrum Norderstedt, Ulzburger Straße 363a, 22846 Norderstedt mich behandelnden und/oder verwaltenden Personen (nachfolgend „Praxis“ genannt) die im Folgenden von mir ausgewählte(n) Einwilligung(en). Die Einwilligung(en) erteile ich rein freiwillig. Ich hatte zudem die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig beantwortet.

Bitte wenden! →

Zur Übermittlung von meinen Patientendaten an das überweisende ärztliche Fachpersonal

Erläuterung: Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, der ärztlichen Fachperson, welche Sie an uns überwiesen hat, die betreffenden Informationen aus unserer Behandlung zum Zwecke der dortigen Führung der Dokumentation und Ihrer Weiterbehandlung, zu übermitteln. Manchmal ist es auch nötig, fehlerhafte Rezepte zur Korrektur zurückzuschicken oder ändern zu lassen. Solche Übermittlungen können zum einen dadurch erfolgen, dass wir Ihnen die entsprechenden Unterlagen persönlich mitgeben und Sie diese zu Ihrer Praxis bringen, um die Dokumente selbständig ändern oder neu ausstellen zu lassen. Mit der nachfolgenden Einwilligung können Sie uns jedoch erlauben, die Daten direkt an das jeweilige ärztliche Fachpersonal zu übermitteln. Dies erspart Ihnen den Aufwand des Transportes.

Einwilligung: Ich stimme zu, dass die Praxis personenbezogene Daten aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Anamnese, die Diagnose, Befunde, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang von Behandlungsleistungen, einschließlich der Anwendung von Medikamenten oder ggf. erstellten Fotos/Videos) an den mich überweisenden Arzt/Ärztin, zum Zwecke der dortigen Dokumentation und meiner (Weiter)behandlung übermitteln darf. Ich entbinde die Praxis für derartige Datenübermittlungen von ihrer Schweigepflicht.

- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
 Ich möchte vorstehende Einwilligung **NICHT** erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

Zur Erhebung von Patientendaten beim ärztlichen Fachpersonal oder anderen Gesundheitsberufen

Erläuterung: Für Ihre fachgerechte Behandlung kann es erforderlich sein, dass wir in geeignetem Maße Sie betreffende Behandlungsdaten, wie Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapien, ect., welche von anderen Leistungserbringern, wie Arztpraxen, Heilmittelpraxen, Pflegeheimen oder anderen Gesundheitseinrichtungen erstellt worden sind, bei diesen abfragen müssen. Mit der nachfolgenden Einwilligung können Sie uns erlauben, die Daten direkt bei diesen abzufragen. Erteilen Sie uns die Einwilligung nicht, müssten Sie uns die benötigten Unterlagen persönlich bringen.

Einwilligung: Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis bei anderen Leistungserbringern, die mich behandeln oder behandelt haben, mich betreffende Behandlungsdaten, zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung, erheben darf.

- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
 Ich möchte vorstehende Einwilligung **NICHT** erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

Hinweis auf Ihr Recht zum Widerruf dieser Einwilligung(en)

Sie haben das Recht, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, eine erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Die bis zum Eingang Ihres Widerrufs bereits erfolgte Verarbeitung Ihrer Daten bleibt jedoch rechtmäßig. Der Widerruf kann postalisch oder elektronisch (z.B. per E-Mail oder Fax) an uns übermittelt werden. Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Name: _____ Anschrift: _____

ggf. gesetzliche Vertretung _____ Unterschrift: _____