

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. Absageregulung

Vereinbarte Termine bekommen Sie ausgedruckt von uns mit. Sollte Ihnen etwas dazwischen kommen, bitten wir Sie, 24 Stunden vorher abzusagen (Telefon, E-Mail, persönlich).

Manchmal ist Ihnen dies nicht möglich, da unerwartet und/oder kurzfristig vor dem Termin etwas dazwischen kommt (Krankheit, Wasserrohrbruch, Kinderbetreuung entfällt, usw.).

Wir bemühen uns den Termin neu zu belegen. Ist dies nicht möglich, stellen wir Ihnen den Termin privat in Rechnung.

Unterschrift: ✕ _____

2. Rezeptgebühr gesetzlich Versicherte

Die Rezeptgebühren nehmen wir im Auftrag der Krankenkassen entgegen und leiten diese weiter.

Sie zahlen pro Rezept einen Eigenanteil von 10% vom Rezeptwert.

Die Rezeptgebühr ist spätestens zur zweiten Behandlung zu zahlen und kann in bar oder per EC-Karte beglichen werden. Der genaue Betrag wird individuell je nach Krankenkasse berechnet.

3. Privatversicherte

Wir berechnen nach der Gebührenverordnung für Therapeuten, den genauen Rechnungsbetrag entnehmen Sie Ihrer Honorarvereinbarung.

4. Verspätung

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

5. 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.

6. CMD-Behandlung

Sie haben von Ihrem Arzt/Zahnarzt ein Rezept zur Kiefergelenksbehandlung bekommen. Bei dieser Art von Behandlung kann es sinnvoll sein, die Muskulatur und das Kiefergelenk im Mund zu behandeln.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, teilen Sie es Ihrer Therapeutin mit.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Einverständniss zu.

Unterschrift: ✕ _____

7. Rezepte / Verordnungen

Sollten zur 1. Behandlung uns Ihre Heilmittelverordnung nicht vorliegen, dürfen wir Sie aus rechtlichen Gründen nicht behandeln. Wir behalten uns vor Ihnen den Ausfall privat in Rechnung zu stellen.

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.

Unterschrift: ✕ _____

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

Bitte wenden! →

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 Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsstelle weitergegeben oder übermittelt werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass

- die zu den oben genannten Zwecken erhobene 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 dass 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.

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. Therapeutenwechsel

Eine komplette Behandlungsserie bei einer Therapeutin 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 Therapeutenwechsel kommen kann.

Diese Wechsel entstehen beispielsweise aus folgenden Gründen:

- Frau Foß ist, unter anderem, spezialisiert für Beckenbodenerkrankungen
Daher ist ihre Arbeitszeit für z.B. Krankengymnastik grundlegend eingeschränkt
- Urlaube / Überstundenabbau / Ausfälle unserer Therapeutinnen
- Es bestehen Differenzen zwischen den Arbeitszeiten von Patienten und Therapeutinnen
- Um Ihre Therapieeinheiten so flexibel wie möglich zu gestalten ist ein Therapeutenwechsel oft erforderlich

11. Aufklärung

Die Mitarbeiter des Bewegungszentrum Norderstedt haben mich zudem 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. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Unterschrift: ✕ _____

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

Name, Vorname _____
Telefonnummer _____
E-Mail _____
Norderstedt den, _____
Ort, Datum, 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