

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass durch KidTZ Kinder-Therapie-Zentrum

meine Daten bzw. die meines Kindes \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

im Rahmen des Behandlungsvertrages zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation (§ 630 BGB), zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an weitere direkt an der Behandlung beteiligten Einrichtungen (z.Bsp. Kliniken) oder Personen aus dem medizinisch /therapeutischen Bereich, Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma (Optica Abrechnungszentrum Dr. Guldener GmbH; Postfach 10 36 61; 70031 Stuttgart) weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Dieser Verarbeitung stimme ich zu und bestätige, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung und im Rahmen der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern darf mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Adresse der obigen Praxis.

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 dann ihrerseits angehalten sind, meine Daten zu löschen.

- Schweigepflichtsentbindung: Zusätzlich benenne ich folgenden Person(en) oder Einrichtungen, die an meiner Stelle oder in Vertretung für mich sensible Informationen (z.B. Patientendaten, Diagnosen etc.) kommunizieren dürfen und Terminverlegungen/-absagen vornehmen dürfen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

- Den Aushang „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.
- Ich stimme der unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per E-Mail zu
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung für therapeutisch / medizinische Zwecke Foto-/Audio oder Videoaufnahmen erstellt und eingesetzt werden.
- Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb mit darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen mit den Therapeuten in diesem Bereich preisgebe.
- Ich möchte eine Kopie meiner Einwilligungserklärung erhalten.
- Ich verzichte auf eine Kopie meiner Einwilligungserklärung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung

### **Aufklärung und Einwilligung in die Übermittlung unverschlüsselter E- Mail**

gem. DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO, (OLG Düsseldorf, Urteil vom 28.10.2021 – 16 U 275/20).

Lesen Sie den Aufklärungsbogen aufmerksam und geben Sie ihn uns unterschreiben wieder zurück.

Die Einwilligung erfolgt absolut freiwillig und Sie können sie jederzeit, ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen. Den schriftlichen Widerruf richten Sie bitte an die o.g. Adresse.

Falls Sie keine Einwilligung erteilen möchten, hat dies keine Folgen für Ihre Behandlung. Es geht hier lediglich darum, Ihnen und uns eine weitere Möglichkeit der Kommunikation und Interaktion zu bieten.

Im Falle eines Widerrufs wird die Einwilligung sofort in unserem System gelöscht und eine weitere Versendung von E-Mails, an die von Ihnen bei uns hinterlegten Adresse, findet dann nicht mehr statt. Mit dem Zugang der Widerrufserklärung die Daten unwiderruflich gelöscht und datenschutzkonform entsorgt, mit der Wirkung, dass somit alle datenschutzrechtlichen Schadensersatzansprüche auch erlöschen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass

- personenbezogene Daten (insbesondere Gesundheitsdaten aus meiner persönlichen Patientenakte z.Bsp. Befunde, o.ä.) durch die Mitarbeiter der o.g. Praxis per E- Mail an mich unverschlüsselt verschickt werden dürfen.
- personenbezogene Daten (insbesondere Gesundheitsdaten aus meiner persönlichen Patientenakte z.Bsp. Befunde, o.ä.) durch die Mitarbeiter der o.g. Praxis per E- Mail an andere an meiner Behandlung beteiligten Stellen (Ärzte, Therapeuten, etc.) unverschlüsselt verschickt werden dürfen.
- ich per E-Mail zu Informations- und Werbezwecken über neue Angebote und Gegebenheiten in der o.g. Praxis kontaktieren werden darf.

Mir ist dabei bewusst, dass der Versand ohne weitere Anonymisierungs-, Pseudonymisierung- sowie Verschlüsselungstechniken erfolgt. Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ich willige in die oben genannten Informationen ein.

---

(Name, Vorname, Patient - bitte in Blockbuchstaben)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift Patient oder gesetzliche Vertretung)

# Behandlungsvertrag

Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag die männliche Person genutzt. Dies ist nicht diskriminierend gemeint, angesprochen sind Personen jeglichen Geschlechts.

zwischen Praxis.Name-1, Praxis.Anschrift-1, Praxis.Anschrift-2 - im Folgenden Praxis -

und Ihnen, Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigter)  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geb.: \_\_\_\_\_ - im Folgenden  
Patient -

1.) Das **Kind**: Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geb.: \_\_\_\_\_

wird aufgrund einer ärztlichen Verordnung in der Praxis behandelt. Die ärztliche Verordnung und die darin verordneten Behandlungsintervalle sind Bestandteil dieses Behandlungsvertrags.

2.) Der Patient und die Erziehungsberechtigten wurden darauf hingewiesen, dass die Praxis mit Wartelisten und Terminvergaben arbeitet und zur Behandlung jeweils ein Therapeut zur Verfügung steht. Bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin erfolgen, ist es nicht möglich, einen anderen Patienten zu behandeln.

Der Patient und die Erziehungsberechtigten verpflichten sich daher, Termine, die er nicht wahrnehmen kann, spätestens **24 Stunden** vorher abzusagen. Unterbleibt die rechtzeitige Absage, oder fehlt der Patient unentschuldigt, verpflichtet sich dieser, für den ausfallenden Termin, unabhängig vom Grund der Absage, als Schadenersatz den Wert der Behandlung zu bezahlen. Dieser richtet sich nach Art des verordneten Heilmittels und der Versicherung des Patienten. Eine Liste über die Höhe des Ausfallgebühren ist dem Behandlungsvertrag beigelegt.

Der Patient und die Erziehungsberechtigten wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen und /oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und er dieses selbst zahlen muss.

Kürzung der Behandlungszeit oder Verspätungen durch den Patienten begründen keine Nachleistungspflicht seitens der Praxis.

Wird durch die Praxis ein Termin abgesagt, erhalten Sie einen entsprechenden Ersatztermin.

3.) **Gesetzlich Versicherte** Patienten sind, solange sie nicht unter 18 Jahre alt oder von der Zuzahlung befreit sind, für Leistungen der Heilmittelbereiche zuzahlungspflichtig. Der Betrag der Zuzahlung setzt sich aus 10€ Rezeptgebühr und 10% des Rezeptwertes zusammen (§ 32 SGB V und § 61 SGB V). Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben.

Ausnahmen stellen Verordnungen der Berufsgenossenschaften und Postbeamtenkrankenkassen dar. Diese sind grundsätzlich zuzahlungsbefreit.

Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte über 18 Jahren ist vor der ersten Behandlung fällig.

Sollte die Anzahl der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, können Sie den zuviel bezahlten Betrag zurück erhalten.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von der gesetzlichen Zuzahlung befreit. Diese Rezeptgebühren sind bei dem auf die Rechnung folgenden Termin, spätestens jedoch zur zweiten Behandlung des Rezeptes fällig.

Patienten, die über einen Befreiungsausweis verfügen, legen diesen bitte zur Kopie vor.

4.) **Privatversicherte** Patienten erhalten nach Abschluss der Behandlungen eine Rechnung, die innerhalb der auf der Rechnung angegebenen Frist zu begleichen ist. Die vereinbarte Vergütung ist auch dann zu zahlen, wenn die Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Die Vergütung ist unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch die jeweilige Erstattungsstelle innerhalb der auf der Rechnung angegebenen Frist zu begleichen.

5.) Der Patient hat zur Kenntnis genommen, dass sich zeitweise Therapiebegleithunde in der Praxis aufhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Versicherter/Erziehungsberechtigter)

**Anlage zum Behandlungsvertrag**  
Anlage zu 2.)

**Preise gültig ab 01.07.2023**

<b>Ausfallgebühr pro Behandlungseinheit in Euro</b> <small>bei Doppelseinheiten fällt entsprechend der doppelte Preis an</small>			
<b>Heilmittel</b>	<b>GKV</b>	<b>Privat</b>	<b>BG</b>
Krankengymnastik (KG)	26,12	39,18	27,06
Krankengymnastik Schroth	26,12	48,00	-
KG-ZNS Erwachsener	41,48	62,22	41,67
KG-ZNS Kinder	51,85	77,78	55,56
KG Mukoviszidose	78,38	117,57	-
Manuelle Therapie (MT)	31,37	47,06	32,30
Lymphdrainage 30 (MLD 30)	31,71	47,57	47,64
Lymphdrainage 45 (MLD 45)	47,54	71,31	47,67
Lymphdrainage 60 (MLD 60)	63,40	95,10	-
Befund (bei Ersttermin)	-	25,00	-
Hausbesuch	20,08	30,12	-

Sollte Ihre Krankenkasse oder das verordnete Heilmittel nicht aufgeführt sein, sprechen Sie uns bitte an.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, die Preisliste zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Versicherter/Erziehungsberechtigter)