

# 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 Therapieteam Franke, Alte Landstr. 230, 40489 Düsseldorf, im Folgenden Praxis -

und Ihnen, Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Str., Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

- im Folgenden Patient -

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

2.) Der Patient wurde 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 verpflichtet sich daher, die gültige Heilmittelverordnung mindestens zwei Tage VOR dem ersten Behandlungstermin vorzulegen. Wird diese trotz Aufforderung erst zum Tag der Behandlung oder gar später vorgelegt, so hat der Patient die Kosten der Behandlung im Falle einer ungültigen oder fehlenden Verordnung selber zu tragen. Dies gilt auch für Folgeverordnungen.

Der Patient verpflichtet sich daher weiterhin, Termine, die er nicht wahrnehmen kann, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Unterbleibt die rechtzeitige Absage, fehlt der Patient unentschuldigt oder legt er eine keine oder eine ungültige Heilmittelverordnung vor, 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 wurde 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 unter 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.) Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er zur Kenntnis genommen hat, dass sich zeitweilige Therapiebegleithunde in der Praxis aufhalten.

6.) Die Praxis arbeitet mit Terminerinnerungen per SMS. Diese sollen an folgende Nummer gesendet werden:

an die oben angegebene Mobilnummer

an folgende Nummer: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: X \_\_\_\_\_

# Honorarvereinbarung

## Vereinbarung über das Honorar für therapeutische Leistungen für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_, Geb.datum: \_\_\_\_\_

entsprechend der vorliegenden Verordnung haben Sie folgende Heilmittel verschrieben bekommen (zutreffendes bitte ankreuzen):

	<b>Heilmittel</b>	<b>Einzelpreis pro Behandlung</b>
	Krankengymnastik (KG)	44,48
	Krankengymnastik Schroth	48,00
	KG-ZNS Erwachsener	70,64
	KG-ZNS Kinder	88,30
	KG Mukoviszidose	133,49
	KG-Gerät (KGG)	83,76
	Heißluft (HL)	11,15
	Fango/Packung (Fa)	24,26
	Massage (KMT)	32,46
	Manuelle Therapie (MT)	53,42
	Lymphdrainage 30 (MLD 30)	54,00
	Lymphdrainage 45 (MLD 45)	80,96
	Lymphdrainage 60 (MLD 60)	107,97
	Befund (bei Ersttermin)	30,00
	Hausbesuch	34,19
	Therapiebericht	20,00
	sonstiges:	

Der oben angegebene Einzelpreis gilt pro Behandlung und ist entsprechend mit dem Faktor der Verordnungsmenge zu berechnen. Bei Doppelbehandlungen fällt entsprechend der doppelte Einzelpreis an.

Bitte beachten Sie, dass diese Preise weit über den Beiträgen der Beihilfe liegen, da diese aktuell weniger bezahlt, als die Gesetzlichen Krankenkassen.

Bei unserer Preisgestaltung orientieren wir uns an dem 1,6-fachen Satz der Gesetzlichen Krankenkassen.

Diese Honorarsätze gelten als vereinbart und sind durch den Patienten / Versicherten zu begleichen, unabhängig davon, ob eine Versicherung diese ganz, nicht oder nur teilweise erstattet.

Sollte es, wie im Behandlungsvertrag vereinbart, zu einer Ausfallrechnung kommen, werden die hier genannten Preise in Rechnung gestellt.

-----  
Datum

**X**-----  
Unterschrift Patient

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich wurde darüber informiert, dass durch Praxis Therapieteam Franke meine Daten 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. Güldener 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 (auch Angehörige müssen benannt werden, zB. Schwester, Oma, Lebenspartner, Sohn,...):

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

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

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

Sollten Sie mehrere Personen angeben wollen, nutzen Sie bitte die Rückseite dieses Blattes oder legen ein zusätzliches bei.

Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Ich stimme der unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per E-Mail zu.

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

X

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

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

gem. DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. aDSGVO, (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.B. 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.B. 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.

- 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. Der Versand soll vorrangig an folgende Emailadresse gehen:

an die oben genannte

an \_\_\_\_\_

Ich willige NICHT in den Versand unverschlüsselter E-Mails ein. Dies bedeutet, dass die Praxis mir auch keine Terminzettel oder ähnliches per E-Mail zukommen lassen darf.

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

X

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

# Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

## **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:  
Therapie team Franke, Alte Landstr. 230, 40489 Düsseldorf  
Tel.: 0211 – 405 66 57, duesseldorf@therapie team-franke.de

## **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten, die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind, sowie Diagnosen, Therapie vorschläge und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

## **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Steuerberater und Abrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Jugendämter, Kindergärten, Schulen -> vgl. Patientenerklärung bei Erstkontakt).

## **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, einen Teil dieser Daten zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich andere Aufbewahrungsfristen ergeben.

## **5. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, jederzeit über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung 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.

Der Kontakt der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Postfach 20 04 44; 40102 Düsseldorf  
Tel.: 0211/38424-0; Fax: 0211/38424-999  
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

## **6. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.