

# **BEHANDLUNGSVERTRAG** **(mit Datenschutzerklärung)**

ZWISCHEN

Praxis für Physiotherapie Lena Ritscher  
Auf der Beune 12, 64839 Münster  
06071/32991

und

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen – Ihre Angaben sind freiwillig!)

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

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Telefonnummer (Festnetz / Handy): \_\_\_\_\_

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

Krankenversicherung (Gesetzlich? Beihilfe-Privat? Privat?): \_\_\_\_\_

Hausarzt bzw. zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

## **1. Vergütung der Therapieleistungen**

### **a. Privatpatienten**

Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem 01.01.2023 begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel
- Physiotherapeutische Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden (Heilpraktiker-Leistungen, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie)

Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die für Sie verordneten physiotherapeutischen Therapiemethoden / Leistungen werden Ihnen separat ausgehändigt.

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen.

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen.

Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist behalten wir es uns vor, nach weiterer Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu erheben.

## b. Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht.

Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung.

## 2. Ausfallgebühr

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert.

Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher** absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für Sie als Patientin/Patient einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir es uns vor, Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung zu stellen.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, würden wir Ihnen den Betrag in Rechnung stellen, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, erfragen Sie bitte im konkreten Fall bei uns an der Rezeption.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht (z. B. Kosten für Wärmeanwendungen).

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

## 3. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche, berufsgenossenschaftliche und privatärztliche Verordnungen), die der Patient der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigt. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung. Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

## 4. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze (auf individuelle Anfrage – Rezeption) sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages ist mir ausgehändigt worden.

## Datenschutzgrundverordnung nach Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden.

Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Die Abrechnung wird dabei von dem Unternehmen OPTICA Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart, Postfach 10 36 61, 70031 Stuttgart, Tel.: 0711 61947-222 oder 0711 61947-43 (kundenservice@optica.de) vorgenommen, mit welchem wir einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diesen Dienstleister sicher sind.

Desweiteren werden Ihre Daten an das meine Praxis betreuende Steuerberatungsbüro Alexander Theis, Hauptstraße 40, 68259 Mannheim, Telefon: 0621/791959 weitergegeben.

Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen per E-Mail nutzen wollen, wird Ihre E-Mail Adresse einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Zudem können administrative Notwendigkeiten, wie in der Kommunikation mit Ihrer zuweisenden Arztpraxis (z. B. Korrektur Ihres Rezeptes) dazu führen, dass Ihre Daten postalisch oder per FAX übermittelt werden müssen.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO:  
Lena Ritscher – Praxis für Physiotherapie Lena Ritscher  
Auf der Beune 12, 64839 Münster

Münster, den

---

Ort und Datum

---

Patientin / Patient / Gesetzlicher Vertreter

---

Zeichnungsberechtigter MitarbeiterIn der Praxis