

## Anmeldung und Behandlungsvertrag

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_ Rechnungen per E-Mail:  ja  nein

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Terminänderungen:** Meine Kontaktdaten und meine E-Mail Adresse (soweit ich diese angegeben habe), dürfen für Terminänderungen verwendet werden. Terminabsagen oder -änderungen dürfen auch an meine Familienmitglieder weitergegeben werden, wenn ich gerade nicht erreichbar bin.

**Schweigepflichtsentbindung:** Ich bin damit einverstanden, dass ein Informationsaustausch (auch per Fax) zum Zwecke der Behandlungsoptimierung mit dem verordnenden Arzt / Lehrer / Erzieher / Therapeuten / Betreuer durchgeführt wird. Dazu gehört auch die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen und Berichten an den behandelnden Arzt. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Abrechnung mit dem Kostenträger verwendet werden.

**Ausfallrechnungen und Termine ohne gültiges Rezept:** Ich verpflichte mich, Termine, die ich nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt habe, wenn sie nicht anderweitig vergeben werden konnten, und Termine, zu denen kein gültiges Rezept vorliegt, zum aktuellen Preis der gesetzlichen Krankenkassen zu bezahlen\*. Bei Hausbesuchen und Behandlungen in Einrichtungen gilt diese Regelung auch. Bitte klären Sie ab, wer hierfür verantwortlich ist.

**Datenschutz:** Den Anhang „Information zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen. Hinweise zum Datenschutz liegen im Wartezimmer aus.

**Patienteninformation:** Den Anhang „Patienteninformation“ und „Coronainformation“ habe ich gelesen.

**Patientenaufklärung (wird mit der Therapeutin besprochen):**  
Ich wurde über den Ablauf und die Risiken der Therapie aufgeklärt

Besondere Risiken: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Bei Kindern:* Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Mein Kind darf die Praxis selbstständig verlassen:  ja  nein

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

## Patienteninformation

Sehr geehrte Patienten,

unser Ziel ist es, Ihnen eine **wirksame und effektive Therapie** zu bieten. Sie erhalten hier Informationen, die wichtig sind, damit Ihre Ziele schnellstmöglich erreicht werden können und eine **gute Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und den Therapeuten gewährleistet ist.

- 1 Eine Therapie ist nur dann wirklich effektiv, wenn die **Inhalte ins häusliche Umfeld übertragen** werden. Dies gilt vor allem auch für **Übungen und Tätigkeiten**, die Ihnen die Therapeuten an die Hand geben. Sie sollten diese **zu Hause gewissenhaft und regelmäßig durchführen**.
- 2 Bitte geben Sie uns stets **Rückmeldung** über Fort- oder Rückschritte sowie neue Erkenntnisse durch Arztbesuche und bringen Sie uns Röntgenbilder, OP-Berichte, Testergebnisse oder andere Unterlagen mit.
- 3 Ihr Therapeut holt Sie pünktlich zu Ihrer Therapie im Wartezimmer ab. **Klingeln Sie nur**, wenn Sie **nicht pünktlich zur Therapie** kommen bzw. Ihr Therapeut Sie **nicht rechtzeitig abholt**. Bitte haben Sie Verständnis, sollte sich Ihr Therapeut etwas verspäten. Es gibt im Praxisalltag immer wieder unvorhersehbare Situationen, die den Zeittakt stören können. Die fehlende Zeit wird natürlich an Ihre Behandlung angehängt.
- 4 Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen **Terminabsagen oder Verschiebungen** auch über SMS und E-Mail mitteilen, sofern Sie uns als Kontaktdaten Ihre mobile Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben.
- 5 **Sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab!** Bitte sprechen Sie auf den **Anrufbeantworter** oder schreiben Sie uns eine **E-Mail**, wenn Sie uns telefonisch nicht erreichen können. Nur so können wir den Termin weiter vergeben und müssen Ihnen den ausgefallenen Termin nicht in Rechnung stellen. Im bürgerlichen Gesetzbuch gibt es hierzu eine klare Regelung (§615 BGB). Termine einfach zu unterschreiben und Ihre Krankenkasse den Ausfall bezahlen zu lassen ist verboten und wird in unserer Praxis (ohne Ausnahme!) nicht praktiziert. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis und bitten Sie, von Diskussionen Abstand zu nehmen.
- 6 Sorgen Sie gegebenenfalls **rechtzeitig für ein Folgerezept oder eine gültige Verordnung**. Rezepte müssen innerhalb von 28 Tagen begonnen werden. **Behandlungen, die vor der Ausstellung eines Rezeptes stattfinden, werden von der Krankenkasse nicht bezahlt und müssen daher privat in Rechnung gestellt werden.**
- 7 **Zuzahlungen:** Die gesetzliche Zuzahlung fällt an für gesetzlich versicherte Patienten über 18 Jahre. Bitte bezahlen Sie diese zu Beginn des Rezepts (Bar/ EC). Sie erhalten eine Quittung. Sollten Sie nicht alle Behandlungen in Anspruch genommen haben, erhalten Sie natürlich eine Rückerstattung der zu viel gezahlten Zuzahlung. Bitte kommen Sie in diesem Fall auf uns zu. Bitte händigen Sie im Falle der Zuzahlungsbefreiung eine Kopie der gültigen Bestätigung an Ihre Therapeutin aus.

**Die Höhe der Zuzahlung:**

**10€ Rezeptgebühr**

+ einmalig Funktionsanalyse 3,37€

+ Pro Behandlungseinheit:

Motorisch-funktionell	Sensomotorisch-perzeptiv	Psychisch-funktionell	Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientiert
4,52€	6,08€	7,62€	5,01€

+ zusätzlich pro Behandlungseinheit (wenn verschrieben)

Thermische Anwendung	Hausbesuch in Einrichtung	Hausbesuch zu Hause
0,69€	1,46€	2,24€

## Hinweise zum Datenschutz

Die im Behandlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Sie werden für folgendes verwendet:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt und die Krankenkasse 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.

Ohne Absprache mit Ihnen werden wir diese Informationen keiner anderen Person weitergegeben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des 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 mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht 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 zu richten an:

Felzmann & Jess GbR  
Ottobrunner Straße 1a, 82008 Unterhaching

### Datenschutzbeauftragter:

IT-Kanzlei Kiel  
Rechtsanwalt Niels Köhrer und Kollegen  
Schauenburgerstraße 36, 24105 Kiel

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.

### Kommunikation mit Ärzten

Wir sind als Heilmittelerbringer dazu verpflichtet, allen Vorgaben entsprechende Rezepte an die Krankenkassen weiterzugeben. Wenn unsere Rezepte den Vorgaben nicht entsprechen, werden die Rezepte teilweise nicht vollständig vergütet. Mit dem Unterschreiben dieses Formulars erlauben Sie uns, Ihrer Rezepte zur Korrektur an Ihren Arzt zu senden, um unsere Leistung voll vergütet zu bekommen.

### Aktualität der Daten

Die Aktualität Ihrer Daten ist für uns sehr wichtig. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihre Daten in irgendeiner Form ändern.