

Behandlungsvertrag

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieses Formular stellt einen **Behandlungsvertrag** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Name

Vorname

Geburtsdatum

1. Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungskonditionen an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden** vorher - telefonisch oder persönlich abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** mit pauschal **25 Euro pro Therapieeinheit von 20 Minuten in Rechnung gestellt werden**. Eine Behandlung dauert in meinem Falle in der Regel **20 Minuten, also 1 Therapieeinheit**. Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe (Rezeptgebühr in Höhe von derzeit 10,00 € pro Verordnung und 10 % der Kosten für jede in Anspruch genommene Leistung) bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

2. Datenweitergabe: Die Information zum Datenschutz (Stand 25.05.2018) im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.

3. Haftung: Die Haftung des PhysioZentrums Weissach im Tal für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

4. Aufklärung: Die Mitarbeiter des PhysioZentrums Weissach im Tal haben mich zudem über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Insbesondere bin ich auf Folgendes hingewiesen worden Möglichkeit von Muskelkater an den Folgetagen der Behandlung, sowie erhöhte Schmerzintensität und Rötungen.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Hiermit stimme ich den Punkten 1-4 zu.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Information zum Datenschutz

Nach dem Datenschutzrecht (insbesondere dem BDSG und der DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist das PhysioZentrum Weissach im Tal

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen.

Wir sind in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden. Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Verordnungsblätter (einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Wir behandeln alle Patientendaten vertraulich. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzte und Krankenversicherungen sind wir gesetzlich verpflichtet.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr. 1 b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

Ihnen steht das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich bei Rechtsverletzungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

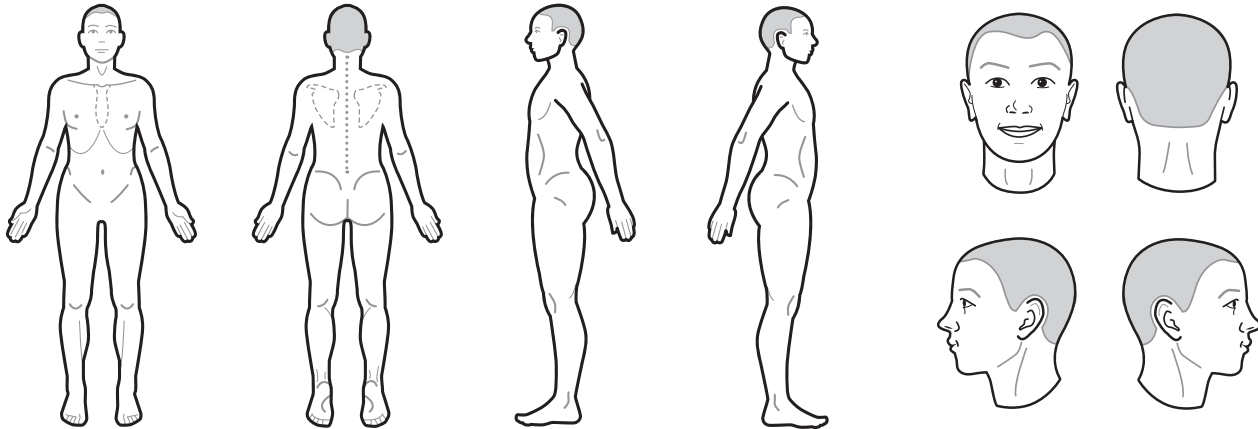
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Name: _____ Alter: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Datum, Unterschrift: _____

1.) Wo haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie Schmerzen? ja nein

3.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

4.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

5.) Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

6.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag? _____

7.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

8.) a) Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

b) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte unterstreichen)

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, Sonstiges: _____

9.) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? (bitte einkreisen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

Zur Beantwortung der Fragen 10-18 denken Sie bitte nur an die vergangenen zwei Wochen:

10.) Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet? (bitte einkreisen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

11.) Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja nein

12.) Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja nein

13.) Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja nein

14.) Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja nein

15.) Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? ja nein

- 16.) Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ja nein
- 17.) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ja nein
- 18.) Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ja nein
- 19.) Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja nein
- 20.) Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?
 Brennen: ja nein
 Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja nein
 Elektrische Schläge: ja nein
- 21.) Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?
 Kribbeln: ja nein
 Piksen: ja nein
 Taubheitsgefühl: ja nein
 Juckreiz: ja nein
- 22.) Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent/mit Unterbrechungen? (bitte einkreisen)
- 23.) Sind Ihre Beschwerden: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel? (bitte einkreisen)
- 24.) Haben Sie aktuell Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen) ja nein
- 25.) Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Fieber, extremes nächtliches Schwitzen, Schluckbeschwerden oder Doppelbilder? (bitte einkreisen) ja nein
- 26.) Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit oder Krämpfe? (bitte einkreisen) ja nein
- 27.) Sind Sie Asthmatiker/in, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen? (bitte einkreisen) ja nein
- 28.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? ja nein
- 29.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein
- 30.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
- 31.) Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP, der im Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen könnte? ja nein
- 32.) Rauchen Sie? ja nein
- 33.) Bewegen Sie sich pro Woche
 a) 150 Minuten bei niederer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja nein
 b) 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja nein
- 34.) Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining? ja nein
- 35.) Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja nein
- 36.) Können Sie nachts durchschlafen? ja nein
- 37.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?
 Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie/Spritze/Massage/Physiotherapie/Training/Anderes (bitte einkreisen)
- 38.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? _____

Therapeut: _____