

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.

Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Geschlecht _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ-Ort _____

Hobbies _____

Name des Hausarztes _____

Allgemeine Angaben zu Ihnen - Wie können wir Sie erreichen?

Name _____ Vorname _____

ggf. abweichende Adresse Straße _____ PLZ-Ort _____

Festnetz Privat _____ Handy _____

Unterschrift _____

Medizinische Angaben zum Kind

Kinderkrankheiten

Schwangerschaftsverlauf (z.B. Medikamenteneinnahme, Erbrechen, Ultraschallauffälligkeiten, Blutungen, vorzeitige Wehen)

Kindesentwicklung und Informationen zur Geburt

Spontangeburt Kaiserschnitt Zangengeburt / Saugglocke langwierige Geburt
 schnelle Geburt Komplikationen während der Geburt

Wenn ja, welche _____

Informationen zum Säuglingsalter Ihres Kindes

Asymmetrien des Kopfes Trink/Schluckstörung Schiefhaltungen des Körpers
 Schiefhaltung des Kopfes Schielen Tränenkanalverschluss Hüftdysplasie
 Koliken Gelbsucht

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein Wie lange? _____

Hat Ihr Kind viel gespuckt? Ja Nein

Wie schläft ihr Kind?

Schwierigkeiten beim Einschlafen Ja Nein

Durchschlafen Ja Nein

Zähneknirschen Ja Nein

Mittagsschlaf Ja Nein

Einschlafhilfen, z.B. Schnuller, Daumen

Krabbelte Ihr Kind? Ja Nein Wann _____

Ist das Kind trocken? Ja Nein Seit wann _____

Krankengeschichte, Traumata & Unfallhistorie

Kopfverletzungen Stürze auf Becken/Steißbein Knochenbrüche Fuß-,
Knieluxationen Sportunfälle Auto-, Fahrradunfälle
Sonstiges _____

Weitere Erkrankungen

Erkrankungen in der Familie Ja Nein Welche _____

Gendefekte Ja Nein Welche _____

Allergien Ja Nein Welche _____

Erkrankungen der Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge) Herz/Kreislauf
Wirbelsäule Gelenkschmerzen Verdauungsorgane Blase/Niere

Sonstiges _____

Weitere allgemeine Fragen

Wurde Ihr Kind bereits operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und was wurde operiert? _____

War/Ist Ihr Kind in Zahn- / Kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Hat Ihr Kind oft Kopfschmerzen? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, Welche _____

Hat Ihr Kind Koordinations-/ Konzentrationsprobleme? Ja Nein