

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.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ-Ort:

Telefon:

Mobil:

Hobbys/Sport:

Beruf/Tätigkeit:

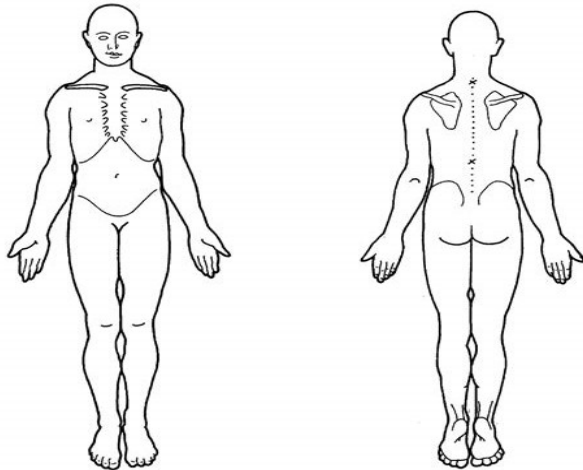
Nebendiagnosen:

Medikation:

Datum:

Unterschrift:

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



2. Haben Sie Schmerzen? Ja Nein

3. Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt? Ja Nein

4. Ist Ihre Sensibilität verändert? Ja Nein
(Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)

5. Ist Ihre Kraft verändert? (Kraftlos, Lähmung) Ja Nein

6. Was sind ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

7. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

8. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Ja Nein

9. Was verbessert Ihre Beschwerden?

10. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

11. Benötigen Sie aktuell in folgenden Bereichen Hilfe?

Körperpflege Baden Essen An- & Auskleiden
Treppensteigen Toilettengang Transfer

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

13. Weist Ihr Schmerz folgende Merkmale auf:

Brennen schmerzhafte Kälte elektrische Schläge

14. Treten folgende Beschwerden im selben Körperbereich auf?

Kribbeln Piksen Taubheit Juckreiz

15. Im Verlauf der letzten 2 Wochen, haben meine Schmerzen zeitweise ausgestrahlt. Ja Nein

16. Im Verlauf der letzten 2 Wochen, hatte ich zeitweise an anderen Stellen Schmerzen. Ja Nein

17. Leiden sie unter folgenden Beschwerden?

Gang- oder Gleichgewichtsstörung Schwindel
Ohnmachtsanfälle Übelkeit Schluckbeschwerden
Doppelbilder Benommenheit

18. Haben Sie sonstige Beschwerden?

Sehen Sprechen Hören
Inkontinenz morgendliche Steifheit
Kurzatmigkeit leichte Blutergüsse Krämpfe

19. Hatten Sie jemals eine Tumor- oder Krebserkrankung?

Ja _____ Nein

20. Haben Sie Kopf- oder Nachtschmerz? Ja Nein

21. Haben Sie in den letzten Monaten unerwartet abgenommen?
(mehr als 10% des Körpergewichts) Ja Nein

22. Welche Maßnahmen wurden bisher durchgeführt?

Röntgen CT MRT Spritzen
Massage Physiotherapie Training

23. Was sind Ihre Ziele für die Therapie?
