

# Behandlungsvertrag - Physiotherapie

für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen

**Herzlich willkommen bei radius – Ihrem Partner für Gesundheit.**

Bitte füllen Sie diesen Behandlungsvertrag vollständig aus:

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

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ privat Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Zuzahlung**    befreit    nicht befreit

## Inhalt des Behandlungsvertrages

- a) Die Abrechnung von Verordnungen für GKV-Versicherte erfolgt mit den jeweils gültigen Tarifen der Krankenkasse bzw. des zuständigen Kostenträgers über das Abrechnungszentrum OPTICA. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung auf der Rückseite.
- b) Gesetzlich Versicherte müssen gem. § 32 SGB V pro Verordnung einen Eigenanteil (Zuzahlung) in Höhe von EUR 10,00 zzgl. 10% des Rezeptwertes entrichten. Die Zuzahlung ist am ersten Behandlungstermin zu entrichten. Der Eigenanteil wird in voller Höhe an die Krankenkassen weitergeleitet. Von dieser Regelung nicht betroffen sind Minderjährige und von der Zuzahlung befreite Patienten.
- c) Das Rezept muss innerhalb von 28 Tagen ab Ausstellungsdatum begonnen werden und hat eine Gültigkeit von 3 Monaten ab dem 1. Behandlungstermin. Nach Ablauf ist keine weitere Behandlung auf Grundlage dieser Verordnung möglich. Es bedarf dann einer neuen Verordnung.
- d) Termine/Reservierungen ohne gültiges Rezept werden in Höhe von EUR 45,00/ je Behandlungseinheit (BE = 20 min) privat in Rechnung gestellt.
- e) Ich versichere, dass ich zeitgleich keine weiteren Rezepte in einer anderen physiotherapeutischen Praxis in Anspruch nehme. Sollte es hierdurch zu einer Absetzung durch die Krankenkasse kommen, wird der Termin mit EUR 45,00 privat in Rechnung gestellt.

Mir ist bekannt, dass Termine **bis 24 Stunden** vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine (gilt auch im Krankheitsfall) gemäß § 611, 625 BGB privat in Rechnung gestellt werden.

Die Ausfallpauschale bei versäumten oder nicht rechtzeitig abgesagten Terminen beträgt 1 Euro pro Minute (Dies entspricht dann beispielsweise bei einer Termindauer von 30 Minuten = 30 Euro).

Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten (E-Mail, Postadresse, Fax und Handynummer) für an mich gerichtete Informationen (Terminbestätigungen, Rechnungen) per Post oder mittels WhatsApp, Fax und E-Mail neben radius Ravensburg GmbH & Co. KG auch von der Abrechnungsstelle OPTICA nur für die oben genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Mir wurde ein Duplikat dieser Vereinbarung ausgehändigt.

Datum ..... Unterschrift des Gastes .....

## **Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

*Ich bin einverstanden, dass von radius Ravensburg GmbH & Co. KG meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Test- und Behandlungsberichten und Arztbriefen.*

*Zu diesen Zwecken können meine Daten an mich (per eMail), den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen und zur therapeutischen Dokumentation.*

*Ich bin darauf hingewiesen worden, dass*

- die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke 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 kann. 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 dieser zu richten an:**

*radius Ravensburg GmbH & Co. KG  
Georgstraße 24, 88212 Ravensburg*

*Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und, falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung von radius Ravensburg GmbH & Co. KG gelöscht. radius Ravensburg GmbH & Co. KG wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.*

*Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.*

**Hinweise zum Datenschutz:**

*Zum Zwecke der Auftragsabwicklung werden die personenbezogenen Daten der Gäste von radius Ravensburg GmbH & Co. KG, unter Beachtung der geltenden datenschutzgesetzlichen Regelungen, verarbeitet und gespeichert. Ich bin einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gespeichert und statistisch ausgewertet werden.*

*Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen behandeln die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit bekannt werdenden personenbezogenen Daten streng vertraulich nutzen diese nur für die dem Firmenzweck dienlichen Aufgaben und machen sie Dritten nicht zugänglich.*