



## Aufklärungsbogen

Nach dem Patientenrechtegesetz und der Datenschutzgrundverordnung sind Physiotherapeuten zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Bogen nach. Er dient Ihrer Information.

Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung am Ende des Bogens.

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

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Zahlungen:

Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen mindestens **24 Stunden vorher** – telefonisch, AB, Email – abgesagt werden müssen. Bei plötzlichen **Erkrankungen/Verhinderungen bis 10 Uhr am selben Tag**, damit wir Ihren Termin noch anderweitig vergeben können. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß §615 BGB **privat** mit pauschal **30€ pro Behandlungseinheit á 20min in Rechnung gestellt werden. Hierfür erhalte ich eine gesonderte Rechnung.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als gesetzlich versicherter Patient ab 18 Jahren eine **Zuzahlung in Höhe von 10 € pro Rezept zuzüglich 10% des Rezeptwertes** an den Leistungserbringer zu zahlen habe. Die gesetzliche Zuzahlung wird mit den Krankenkassen verrechnet und ist von mir bei **Behandlungsbeginn zu zahlen.**

Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dieses im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

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

### Datenschutz:

Die Informationen zum Datenschutz (Stand 15.06.2022) im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.

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

### Aufklärung:

Die Mitarbeiter der Praxis Physiotherapie am Markt haben mich zudem über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ein.

\_\_\_\_\_  
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 die Praxis:

Physiotherapie am Markt

Inhaber: Marcel Schweers

Marktplatz 4

27711 Osterholz-Scharmbeck

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) sowie an das Abrechnungszentrum Noventi Health Care GmbH 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 Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Krankenkassen und unsere Patienten sind bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert. Die Inanspruchnahme des Abrechnungszentrums erlaubt uns, den Vorgang der Abrechnung stark zu vereinfachen, damit mehr Zeit für Sie und die Therapie verbleibt. Sind Sie nicht einverstanden, dass wir zur Abrechnung auch Ihrer Therapie Ihre Daten an Abrechnungszentrum weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen.

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.

Deren Kontaktdaten lauten: Landkreis Osterholz, Osterholzer Straße 23, 27711 Osterholz-Scharmbeck