

zwischen der Praxis Aloha Vitalis, Rostocker Straße 33, 18196 Kavelstorf
und dem Patient

Anrede, Name, Vorname

Straße, Nr:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Nachfolgend finden Sie unsere Behandlungsvereinbarungen. Lesen Sie diese durch und wenn Sie mit den genannten Punkten einverstanden sind unterschreiben Sie die Behandlungsvereinbarung damit Sie ihre Behandlung beginnen können.

Erster Behandlungstermin:

- Unterschriebene **Behandlungsvereinbarung** (ggf. Unterschrift des Bevollmächtigten).
- Bringen Sie eine **gültige Heilmittelverordnung** (umgangssprachlich als Rezept bezeichnet) von ihrem Arzt mit.
- Badehandtuch, bequeme Bekleidung, Behandlungssocken

§ 1 Behandlung - Dienstleistung

Die Dienstleistung in der Praxis ist die physiotherapeutische Behandlung. Jede Behandlung in unserer Praxis erfordert eine ärztliche Verordnung. Diese ist nach den Kriterien des Kostenträgers (gesetzlichen Krankenkassen) ausgefüllt. Die Praxis ist verpflichtet jede Verordnung zu prüfen und sollte diese Abweichungen zu den Vorgaben aufweisen, so darf die Praxis diese Verordnung ablehnen, ohne das Sie Behandelt werden. **Ohne ärztliche Verordnung und unterschriebener Behandlungsvereinbarung** ist es aus rechtlichen Gründen **untersagt Sie zu behandeln**. Wenn vorhanden, können Sie Befunde oder Arztbriefe mitbringen, die für die Behandlung relevant sind.

§ 2 Hygiene

Im Falle einer **infektiösen Erkrankung** ist die Praxis zu meiden und sagen Sie Ihre/n Termin/e sobald wie möglich bei uns ab (+24 Stunden vor dem nächsten Physiotherapietermin). Sie bekommen einen Ersatztermin, wenn Sei wieder gesund sind.

§ 3 Termin absagen I Termin verschieben

Der Physiotherapie-Praxis Aloha Vitalis ist es ein Anliegen die qualitativ bestmögliche Behandlung anzubieten. Hierfür ist eine stabile Terminvergabe für die Patienten nötig. Um dies zu gewährleisten und uns vor Umsatzausfällen zu schützen, ist vom Gesetzgeber im § 615 BGB vorgegeben, für kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine eine Ausfallgebühr zu berechnen. Sollten Sie einen Termin verschieben müssen, sagen Sie diesen möglichst rechtzeitig ab, damit wir diesen Termin an einen Patienten/in neu vergabe können der/die diese Behandlungsmöglichkeit dringend benötigt. Die Absage Ihres Termin können Sie auf den Anrufbeantworter, per eMail, oder per Nachrichtendienst an die Praxis senden oder hinterlassen. sollte die Anmeldung in der Praxis nicht besetzt sein sprechen Sie bitte auf den Anrufbeantworter.

Absagen sind bis 24 Praxisarbeitstagsstunden vor Terminbeginn für Sie kostenfrei (Arbeitstage der Praxis = Mo-Fr ; außer an Feiertagen).

Beispiel: Sie haben einen Termin am Montag, 9 Uhr. Eine Absage ist für Sie bis zum Freitag davor, 9 Uhr kostenfrei.

Die Praxis erlaubt sich nach § 615 BGB Ihnen privat eine Ausfallgebühr in Höhe von 20€ pro eingeplanter Behandlungseinheit. Bei einer Doppelbehandlung werden 30€ berechnet.

Diese Absagenregelung gilt unabhängig vom Grund der Absage.

§ 4 Terminabsage durch die Praxis Aloha Vitalis

Wird ein Termin wegen Krankheit des Therapeuten oder sonstigen Umständen (höhere Gewalt) abgesagt, wird die Praxis Ihnen dies so schnell wie möglich mitteilen. Der Termin wird möglichst zeitnah nachgeholt.

§ 5 Zuzahlungen | Eigenanteil | Abrechnung

Bei gesetzlich versicherten Patienten erfolgt die Abrechnung direkt mit der Versicherung. Je nach Ihrem Versicherungsstatus müssen Sie **Zuzahlungen leisten**, wenn Sie **Zuzahlungsbefreit** sind zeigen Sie diesen bei der Anmeldung, erste Behandlung vor. **Gesetzliche Zuzahlungen** gemäß § 61 SGB V (10 € pro Rezept und 10% des Gesamtpreises) sind **in voller Höhe bis spätestens zum vierten Behandlungstermin zu entrichten**. Sollte die Krankenkasse (des Patienten/in) Kosten ablehnen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegen, trägt der Patien/in diese selbst. Um in der Praxis Unkosten gering zu halten, wird der Patien/die Patientin diese Zahlungen fristgerecht leisten. Da diese in einer Vorab-Dienstleistungen in Anspruch genommen werden, **verstrichene Fristen werden kostenpflichtig angemahnt**. Entstehende Zusatzkosten durch Bearbeitungs- und/oder Mahngebühren sind vom Patienten zu zahlen, sonst wird der Rechnungsbetrag, rechtlich eingefordert.

Bei privatversicherten und beihilfeversicherten Patienten erfolgt die Abrechnung direkt mit Ihnen selbst. Es gilt die aktuelle Preisliste, die Sie im Aushang in der Praxis finden. Je nach Ihrem Versicherungsstatus bekommen Sie unsere Behandlungskosten teilweise oder komplett erstattet. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse / Kostenträger inwieweit Sie Erstattungen bekommen.

Mit meiner (Patient/in) nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass mir die Behandlungsvereinbarung der Praxis „Aloha Vitalis“ bekannt ist und ich diese akzeptiere.

Ort, Datum

Unterschrift Praxisvertreter

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (gg gesetzl. Vertreters)

Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Anrede, Name, Vorname

.....

Straße, Nr.

.....

PLZ, Ort:

.....

Geburtsdatum:

.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

I. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis	Aloha Vitalis
Straße, Hausnummer	Rostocker Straße 33
Postleitzahl, Ort	18196 Kavelstorf
Telefon	038208 828350
E-Mail	info@aloha-vitalis.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind sowie Diagnosen, Therapievorschläge und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen nötig, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Steuerberater und Abrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Der Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern,

Heinz Müller

Anschrift: Lennéstraße 1, Schloss Schwerin, 19053 Schwerin

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (gg gesetzl. Vertreters)