

BEHANDLUNGSVERTRAG für gesetzlich versicherte Personen

zwischen vitaktiv Nellingen, im folgenden Praxis und

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Wohnort _____

im Folgenden Patient /Versicherter

Telefon privat _____ dienstlich _____

Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____

Versicherter _____

Zuzahlung befreit nicht befreit

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

1. Zuzahlungen und direkte Abrechnung der Praxis mit der Krankenkasse

Als Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) entrichten Sie im Grundsatz nur die von der Kasse vorgeschriebene Zuzahlung. Dies ist entsprechend dem SGB V in den gültigen Rahmenverträgen mit ihrer Krankenkasse festgelegt. Der Eigenanteil ist spätestens bei der 2. Behandlungseinheit per EC- oder Kreditkarte zu entrichten, Barzahlungen sind in Ausnahmefällen auch möglich.

Die ärztlich verordneten Therapien werden von uns gemäß der Verordnung durchgeführt und direkt mit Ihrem Versicherer verrechnet. Um noch mehr Zeit für Sie und Ihre Anliegen zu haben übertragen wir ein Teil der Abrechnung dem Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, das uns bei den bürokratischen Arbeiten entlastet.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis mit diesem Abrechnungsweg erklären. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie diesem Weg zu. Das Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH ist zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet und es werden keine Patientendaten an fremde Dritte weitergeleitet. Ihre Daten werden als besonders sensible Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) vertraulich behandelt.

Zusätzlich stimmen Sie mit ihrer Unterschrift zu das wir die EC- und Kreditkartenzahlungen per SUM-UP Limited Kartenterminal einziehen dürfen.

vitaktiv - Martin Kober

S. Felix-Wankel-Straße 17

PO 73760 Ostfildern-Nellingen

T. Telefon 0711 - 50 45 39 11

E info@vitaktiv.eu

W www.vitaktiv.eu

2. Ausfallgebühr

Die Termine sind unabhängig von der Terminvereinbarung einzuhalten. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie **diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit ggfs. noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine einzuhaltende Pflicht. **Nicht** rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt, sollte der Termin nicht besetzt werden können. Infolgedessen erhalten Sie einen neuen Termin. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei an der für die Behandlung vereinbarten Vergütung.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und uns abgeschlossen worden ist. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt oder eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen. Sollte die Behandlung länger als vier Wochen, ohne Grund, unterbrochen werden, wird die Verordnung beendet und die erbrachten Leistungen abgerechnet.

Sollte es widererwartend nach mehrfacher Aufforderung/ Mahnung immer noch zu Zahlungsverzug kommen, sind wir berechtigt in ihrem Fall Informationen von der Creditreform Stuttgart Strahler KG, Königstraße 42 70173 Stuttgart anzufordern und bei Bedarf ein Inkassoverfahren gegen Sie einzuleiten. Mit unten geleisteter Unterschrift stimme ich diesem zu und bin somit über die Informationspflicht nach Art. 14 EU-DSGVO informiert worden.

3. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen), die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Selbstzahlerleistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen. Zusätzlich weisen wir drauf hin, dass für Behandlungen und Selbstzahlerleistungen ohne ärztliche Verordnung ein Mehrwertsteuersatz von 7% berechnet werden.

vitaktiv - Martin Kober
S. Felix-Wankel-Straße 17
PO 73760 Ostfildern-Nellingen
T. Telefon 0711 - 50 45 39 11

E info@vitaktiv.eu
W www.vitaktiv.eu

4. Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden:

Ja Nein

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie ausreichend von Ihrem Therapeuten über die vorgeschlagene Behandlung informiert worden sind, dass Sie diese Information verstanden haben und dass Sie Ihrem Therapeuten die Erlaubnis geben, HVLT-Techniken während der Behandlungen durchzuführen.

5. Wirtschaftliche Rückversicherung für zu erbringende Leistungen

Die Prüfung Ihrer Verordnung hat vor Behandlungsbeginn ergeben, dass diese ungültig ist. Sie wird dem Arzt vorgelegt. Wenn dieser die Verordnung nicht korrigiert, wird sie evtl. nicht von Ihrer Krankenkasse erstattet. Für den Eintritt dieses Falles verpflichten Sie sich, die von der Praxis erstellte Rechnung zu den Sätzen Ihres Versicherers zu begleichen. Die bereits geleistete Zuzahlung wird dabei verrechnet. Hiermit wird dies von Ihnen als Leistungsnehmer ausdrücklich bestätigt und berührt nicht unsere Verträge mit der GKV.

6. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform

Die oben genannten Bedingungen sind für beide Vertragspartner bindend, anders lautende mündliche Absprachen sind in Schriftform festzuhalten.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten (E-Mail, Postadresse, Handynummer) für an mich gerichtete Informationen (Terminbestätigung, Terminerinnerungen, Grüße) per Post und mittels Zusatzservices (SMS, E-Mail) von der Physiotherapiepraxis vitaktiv Nellingen nur für oben genannte Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

vitaktiv - Martin Kober
S. Felix-Wankel-Straße 17
PO 73760 Ostfildern-Nellingen
T. Telefon 0711-50 45 39 11

E info@vitaktiv.eu
W www.vitaktiv.eu

7. Datenschutz

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis erklären um ihre Patienten und Kundendaten speichern zu dürfen. Ohne diese Zustimmung kann keine Therapie jeglicher Art durchgeführt werden.

Eine Einwilligung in die Datenverarbeitung wird zusätzlich separat erhoben und muss verpflichtend ausgefüllt werden.

Mit unten geleisteter Unterschrift bestätigen und akzeptieren Sie diese Vertragsbedingungen. Jegliche der von uns genutzten Softwareprogramme vorhandenen Vertragsbedingungen der oben genannten Partner entnehmen Sie bitte deren Datenschutzerklärungen und Nutzungsbedingungen.

Sollte die Praxis einen Softwareanbieterwechsel vornehmen ist die Informationspflicht ihnen gegenüber hiermit abgegolten und der Behandlungsvertrag besteht weiter mit der wie oben aufgelisteten Informationspflicht.

8. Schweigepflichtsentbindung

Da wir intern und interdisziplinär mit verschiedenen Berufen und unserem hauseigenen Trainingsbereich eng zusammen arbeiten, um ihnen die bestmögliche Genesung zu bieten, brauchen wir ihre Zustimmung diese Daten untereinander auszutauschen zu dürfen. Aus diesem Grund bestätigen Sie mit unten getätigter Unterschrift, dass wir ihre oben genannten und in den Softwareprogrammen gespeicherte Daten, mit allen Angestellten teilen dürfen.

9. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir ausgehändigt worden.

Dieser Vertrag gilt für das aktuelle Rezept und seine Behandlungen sowie für alle folgenden Rezepte und Behandlungen, bis auf Widerruf.

Es wird darauf hingewiesen, dass auf die Nennung der 3. Form, divers, oder anderer Formen verzichtet wird. Sollte es dagegen Einsprüche geben, sind diese mit der untenstehenden Unterschrift abgegolten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift/ Stempel Praxis

Dieses Dokument ist auch mit digitaler Unterschrift gültig