

■ Behandlungsvertrag und Datenschutz

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Krankenversicherung: _____

Anmerkung: Falls Sie eine **Verlängerung** der **Zeit** wünschen, können Sie für 10€ 10 min. Zeit dazukaufen. **Sprechen Sie uns an!**

1. Vergütung der Therapieleistungen

Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. **Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V** haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen **beträgt 10 % der Kosten** (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung. Sie erklären sich damit einverstanden, den gesamten Zuzahlungsbetrag für alle Behandlungen der Verordnung unmittelbar vor der ersten Behandlungseinheit zu zahlen.

2. Ausfallgebühr

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 noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den **vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.**

3. Datenweitergabe zur Abrechnung

(Privatpatienten und Patienten ohne Verordnung)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrags notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen **Grundlage des Art. 6 Abs. 1 b in Verordnung mit Art. 9 Abs. 2 lit. H DSGVO.**

4. 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.

Datum/ Unterschrift Patientin/Patient

Gesetzlicher Vertreter der Patientin/des Patienten