

## **Behandlungsvertrag - AGB,**

### **Information über Kosten der Behandlung/Honorar, Kostenerstattung etc.**

#### **(I) Vertragsschluss, Terminvereinbarungen, Mitwirkung des Patienten**

- (1) Durch die gemeinsame Vereinbarung Ihrer Behandlungstermine kommt zwischen Ihnen als Patient und Praxis Jaron (konkludent) ein Behandlungsvertrag zustande.
- (2) Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit dem Patienten. Als Vereinbarung gelten insbesondere Terminabsprachen per Telefon und Email oder mündlich, auch ohne Terminzettelvergabe.
- (3) Sofern ein Termin von Ihnen nicht wahrgenommen werden kann, bitten wir um zeitnahe Mitteilung. **Erfolgt innerhalb von 24 Stunden vor Behandlungsbeginn** keine ausdrückliche Absage durch den Patienten, wird der Termin privat zu den vereinbarten Konditionen (dazu gleich unter Punkt III.) in Rechnung gestellt, da einem anderen Patienten die Chance für eine Behandlung genommen wird und der Therapeut Leerlauf haben kann. Eine etwaige anderweitige gewinnbringende Zeitverwendung wird in diesen Fällen angerechnet.
- (4) Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann die volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden. Verspätungen des Patienten begründen keine Nachleistungspflicht der Praxis.
- (5) Wir sind berechtigt, die Behandlung abzubrechen, wenn das erforderliche Vertrauensverhältnis nicht mehr gegeben erscheint, insbesondere wenn der Patient Beratungsinhalte negiert, erforderliche Auskünfte zur Anamnese und Diagnose unzutreffend oder lückenhaft erteilt, Therapiemaßnahmen vereitelt oder der Patient einer zumutbaren Körperhygiene nicht nachkommt.

#### **(II) Gegenstand der Behandlung**

Der behandelnde Therapeut ist aufgrund der Ausbildung und der entsprechenden Fortbildungen befähigt die verordnete Behandlung anzuwenden.

- **Krankengymnastik**
- **Manuelle Therapie**
- **Klassische Massagetherapie**
- **Fango-/ Naturmoorpackungen / Wärmetherapie**
- **Kälteanwendungen**
- **Elektrotherapie / Ultraschall**

#### **(III) Honorar, Rechnungsstellung, Fälligkeit und Zahlungsmodalitäten**

- (1) Das Honorar für einer physiotherapeutischen Behandlung liegen die Kosten zwischen den beihilfefähigen Höchstsätzen und dem 2,3 fachen Satz.

- (2) Der Patient erhält eine Rechnung mit der Bitte den Rechnungsbetrag unter Verwendung der **Rechnungsnummer umgehend, spätestens aber innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt der Rechnung (Fälligkeit)** auf unser (Sören Jaron) Konto bei der **Deutschen Bank, IBAN: 76 1007 0124 0128 1070 00, BIC: DEUTDEDB101** zu zahlen. Erfolgt seitens des Patienten keine Zahlung, so ergeht unsererseits eine einmalige Zahlungserinnerung (mit nochmaliger Fristsetzung). Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir für jede Zahlungserinnerung eine Pauschale in Höhe von 5.00 € erheben müssen. Sollte der Rechnungsbetrag auch auf diese Erinnerung nicht fristgerecht bezahlt werden, so wird der Vorgang an unseren Rechtsbeistand übergeben mit dem Auftrag die offene Forderung einzutreiben. Die dadurch anfallenden Verzugskosten (Adressermittlungs-, Mahnkosten, Rechtsanwalts- und Gerichtskosten etc.) sind vom Patienten als Verzugsschaden zu tragen. Wir hoffen, dass es dazu nicht kommen braucht, da diese Vorgehensweise auch für uns unangenehm ist. **Bitte beachten Sie, dass ein Anschriftenwechsel in Ihrem Verantwortungsbereich liegt. Sollten Sie umziehen, so bitten wir Sie im eigenen Interesse, Ihre neue Anschrift unverzüglich mitzuteilen. Adressermittlungskosten, die notwendig werden, um unsere Honorare geltend zu machen, gehen zu Ihren Lasten.**
- (3) Der Patient erhält eine Rechnung zur Einreichung bei seiner Krankenkasse. Aus Beweis- und Erstattungsgründen enthält die Rechnung grundsätzlich die Diagnose, das Verordnungsdatum, die Einzelleistungen (Therapiespezifizierung), die Einzelbeträge, Angaben über Heilmittel und die Behandlungsdaten. Sofern der Patient lediglich Angaben zu Namen und Anschrift des Patienten sowie des Behandelnden ohne Angaben von Diagnose und Einzelleistungen wünscht, so ist dies dem Behandelnden vor Rechnungserteilung mitzuteilen. Bitte beachten Sie, dass eine Erstattung durch die Krankenkasse in den meisten Fällen eine Diagnose erfordert!
- (4) Die Abrechnung erfolgt grds. zwischen Praxis Jaron und dem Patienten. Praxis Jaron rechnet nicht gegenüber der Krankenkasse ab. Der Patient ist damit einverstanden, dass Praxis Jaron im Einzelfall der Krankenkasse, die für die Abrechnung erforderlichen Daten und Einzelheiten (Diagnose, Therapiespezifizierung etc.) des Patienten übermitteln darf. Dies gilt unter anderem in den Fällen, wo die Krankenkasse etwaige Rechnungspositionen nicht bezahlen möchte und der Behandelnde bezüglich der Abrechnung einen Bericht an die Krankenkasse schreibt. Für die Erstellung des Berichtes fällt ebenfalls eine üblich Gebühr an, die grds. vom Patienten zu zahlen ist.

#### **(IV) Information über die Kostenerstattung durch Dritte (Krankenkassen, Versicherungen, Beihilfen)**

- (1) Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen in der Regel keine Kostenerstattung für **Behandlungsleistungen einer Privatpraxis**. Sofern Sie privat versichert sind oder eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, kann eine vollständige oder teilweise Erstattung der Behandlungsgebühren möglich sein. Die Höhe der Erstattung richtet sich hierbei nach der jeweiligen Versicherung und dem Vertrag. Die Kostenerstattung durch eine Krankenversicherung erfolgt unabhängig von dem zwischen der Praxis Jaron und dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrag.
- (2) Beihilfeberechtigte erhalten in der Regel Beihilfe zu physiotherapeutischen Behandlungen. Hier gibt es Unterschiede, Leistungsbegrenzungen und –einschränkungen.

#### **Bitte beachten Sie:**

**Die Höhe der Behandlungskosten richten sich immer nach (III) (1) dieser Geschäftsbedingungen, unabhängig davon, wie viel durch einen Dritten (z.B. Krankenkasse)**

**erstattet wird. Bitte informieren Sie sich über die Erstattung bzw. die Höhe der Erstattung bei Ihrer Krankenversicherung im Vorfeld.**

#### **(V) Schweigepflicht und Datenschutz in unserer Praxis**

Personenbezogene Daten von Patienten/Innen unterliegen grundsätzlich, sofern der Patient/in nicht ausdrücklich in einen Austausch zustimmt, der Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Personenbezogenen Daten werden von uns sorgsam und verantwortungsvoll im Sinne des Art. 5 –EU-DSGVO (Grundsätze in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten) behandelt und bearbeitet. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung erfolgt, transparent und nur zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung (Zweckbestimmung) und nur in einem angemessenen und erforderlichem Maße (Datenminimierung). Unrichtige Daten werden von uns unverzüglich wieder gelöscht. Wir speichern keine Daten länger als erforderlich. Außerdem geben wir, außer für die genannten Zwecke, Daten nicht an Dritte weiter. Die Daten sind ferner gegen unbefugte Dritte abgesichert (Integrität und Vertraulichkeit). Die Einhaltung des Vorstehenden kann nachgewiesen werden.

Sie haben die folgenden Rechte:

- gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegthaben;
- gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen;
- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen und
- gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Kanzleisitzes wenden.

- Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben oder sich der Widerspruch gegen Direktwerbung richtet. Im letzteren Fall haben Sie ein generelles Widerspruchsrecht, das ohne Angabe einer besonderen Situation von uns umgesetzt wird.
- Möchten Sie von Ihrem Widerrufs- oder Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an uns.

## **(VI) Sonstiges**

- (1) Ergänzungen, Änderungen oder mündliche Nebenabreden des geschlossenen Behandlungsvertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für Änderungen oder Aufhebungen dieser Schriftformklausel.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder unbeabsichtigte Lücken enthalten, wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages und der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen, undurchführbaren oder fehlenden Bestimmung gilt eine solche wirksame und durchführbare Bestimmung zwischen der Praxis OsteoVie Angelika Strunk und dem Patienten als vereinbart, wie sie die Parteien unter Berücksichtigung des wirtschaftlichen Zwecks und des jeweiligen Vertragsbestandteils vereinbart hätten, wenn ihnen beim Abschluss des Vertrages die Unwirksamkeit, Undurchführbarkeit oder das Fehlen der betreffenden Bestimmung bewusst gewesen wäre.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort

Datum

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich wurde über die vorstehenden Punkte, insbesondere über die Zahlungsbedingungen und die bei Verzug entstehenden Verzugskosten (Mahnkosten, Rechtsverfolgungskosten, Ermittlungskosten etc.), informiert und aufgeklärt.

Ich habe zusätzlich zu den AGB die Informationen zur Behandlungsaufklärung in Textform am erhalten. Ich habe von beiden Kenntnis genommen und erkläre mich damit in vollem Umfang einverstanden.

Ja, die Rechnung soll die vollständige Diagnose und die Therapiespezifizierung mit Behandlungsdaten, den Einzelbetrag und Angaben über Heilmittel enthalten.

Nein, die Rechnung soll nur meinen Namen und Anschrift enthalten.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt, Facharzt oder anderer Behandelnder/Therapeut (nicht zutreffendes bitte streichen) Behandlungsdaten und Befunde von mir bei der Praxis Jaron einholt. Die Praxis Jaron ist verpflichtet, diese Informationen an die betreffende(n) Person(en) weiterzuleiten. Die betreffenden Personen dürfen diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

**Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.**

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Jaron die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt, Facharzt oder anderem Behandelnden/Therapeut (nicht zutreffendes bitte streichen), bei dem ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Die Praxis Jaron darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verwenden.

**Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.**

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu den unter Punkt (V) der vorstehenden Geschäftsbedingungen genannten Zwecken bin ich einverstanden. Ich bin auch damit einverstanden, dass mir Befunde, Rechnungen oder andere Patientenunterlagen unverschlüsselt an meine bekannte E-Mail-Adresse oder an meine bekannte Postanschrift übersandt werden.

**Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.**

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Jaron die für meine Behandlung gespeicherten Daten über den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraum von 10 Jahren hinaus speichern darf.

**Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise in Textform (z.B. per Mail) widerrufen kann, ist mir bekannt.**

Nein, meine Daten sollen nicht länger als gesetzlich erlaubt gespeichert werden. Ich bitte die Praxis Jaron mir vor Löschung der Daten eine Kopie für meine Unterlagen auszuhändigen.

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Gegebenenfalls Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

(bei Kindern, Geschäftsunfähigen etc.)