Behandlungsvertrag/Aufklärungsbogen/Datenschutzerklärung

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

zwischen

Physio2move Cosima Gina Waitz und Marc Nettekoven GbR – Arndtstr. 12, 53844 Troisdorf
Tel.: 0228 37717556 E-Mail: info@physio2move.de Web: physio2move.de

und

Name:_____

Adresse:_____

Geburtsdatum:_____ Telefon: _____

E-Mail:_____

Versichertenstatus: ☐ gesetzlich ☐ privat

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeut/-innen ebenso wie Ärzt/-innen zur Aufklärung ihrer Patient/-innen verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Formular nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Vorerkrankungen:

Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie etc.)?

_____

_____

Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Mögliche vorübergehende Begleiterscheinungen können Muskelkater/Schmerzen, Hautreizungen oder Kreislaufreaktionen sein. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie Umgehend Ihren Arzt/Ärztin bzw. Therapeutin/en.

Ausfallgebühr:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen **spätestens 24 Stunden vorher** telefonisch (am Wochenende auf den Anrufbeantworter), persönlich oder per E-Mail abgesagt werden. Ansonsten sind wir gemäß § 615 BGB berechtigt, Ihnen die **Kosten in Höhe des Behandlungspreises für den uns dadurch entstandenen Ausfall privat in Rechnung zu stellen**. Die Möglichkeit nachzuweisen, dass kein oder ein geringer Schaden bei uns entstanden ist, bleibt von dieser Vereinbarung unberührt.

Zuzahlung/Kostenübernahme:

• Gesetzlich versicherte Patient/-innen ab 18 Jahre haben gemäß § 61 SGB V – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro je Verordnung zuzüglich 10 Prozent des Rezeptwertes zu zahlen. Gesetzliche Zuzahlungen sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten.

• Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patient/-innen empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären, da jede/r Privatversicherte/r individuelle Erstattungsvereinbarungen mit seiner Versicherung abgeschlossen hat. Eine mögliche Differenz zwischen Rechnungsbetrag der Praxis und Erstattung der Versicherung/Beihilfestelle ist von der Patientin/dem Patienten selbst zu tragen.

Datenschutz:

Sie gestatten der oben genannten Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind/ Ihrem Angehörigen zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Diese Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sind für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Weitere Informationen entnehmen Sie der beigefügten Datenschutzerklärung.

Einwilligung:

Den Informations- und Aufklärungsbogen, sowie die beigefügte Datenschutzerklärung habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich von dem Therapeuten/der Therapeutin persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als gesetzlich versicherte/r Patient/Patientin einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe. Ich wurde darauf hingewiesen, dass bei nichtrechtzeitiger Absage eines vereinbarten Termins eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt werden kann.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein. Ich willige ebenfalls in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten ein, soweit hierfür nach Maßgabe der beigefügten Datenschutzerklärung eine Einwilligung erforderlich ist.

Der Informations- und Aufklärungsbogen, sowie die Datenschutzerklärung wurde dem/der Patient/in in Kopie ausgehändigt.

Ort, Datum Patient/in, Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte/r*

Datenschutzerklärung

1. Datenerfassung in unserer Praxis

Verantwortliche Stelle
Verantwortlich für die Datenverarbeitung im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist:

Physio2move Cosima Gina Waitz & Marc Nettekoven GbR
Arndtstr. 12
53844 Troisdorf
Telefon: 0228 37717556
E-Mail: info@physio2move.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Physiotherapiepraxis erheben, speichern und verarbeiten wir folgende personenbezogene Daten:

- Stammdaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse
- Versicherungsdaten: Name und Anschrift der Krankenkasse, Versicherungsnummer- und Status
- Gesundheitsdaten: Diagnosen, Befunde, Therapieberichte, Rezeptinformationen
- Abrechnungsdaten: Leistungsdaten, Verordnungen

Die Verarbeitung erfolgt zum Zweck der therapeutischen Behandlung, Terminverwaltung, Dokumentation und Abrechnung.

3. Rechtsgrundlage

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO (Erfüllung des Behandlungsvertrags), Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO i.V.m. § 630f BGB (Aufbewahrungspflichten) und Art. 6 Abs. lit. a) DSGVO – jeweils i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO (im Rahmen der Gesundheitsversorgung).

Zur Durchführung der Abrechnung können personenbezogene Daten an externe Abrechnungsdienstleister übermittelt werden. Dabei ist zwischen folgenden Fallkonstellationen zu unterscheiden:

Je nach Ausgestaltung der Abrechnungstätigkeit kann der Abrechnungsdienstleister entweder

- als Auftragsverarbeiter oder
- als eigenständig Verantwortlicher tätig werden.

Beim Tätigwerden als Auftragsverarbeiter erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten gem. Art. 28 DSGVO. Einer Einwilligung bedarf es nicht, soweit die Weitergabe der Daten im Rahmen eines Auftragsverhältnisses erfolgt.

Wird der Abrechnungsdienstleister nicht als Auftragsverarbeiter tätig, indem er Forderungen bspw. im eigenen Namen geltend macht, so erfolgt die Verarbeitung personenbezogener Daten aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO.
Ferner ist zwischen gesetzlich und nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten (PKV -Versicherte/ Beihilfe/ Selbstzahler) zu unterscheiden.

a) Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten
Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erfolgt die Verarbeitung von personenbezogenen Daten (Übermittlung von Abrechnungsdaten) an Abrechnungsstellen auf Grundlage von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 302 Abs. 2 S. 2 SGB V.
Danach sind Leistungserbringende berechtigt, die Abrechnung der erbrachten Leistungen ganz oder teilweise durch hierfür beauftragte Dritte durchführen zu lassen.

b) Nicht gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten
Bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erfolgt die Verarbeitung von personenbezogenen Daten (Übermittlung von Abrechnungsdaten) auf Grundlage von Art. 28 DSGVO.

PHYSIO2MOVE
BEWEGEN. STÄRKEN. WACHSEN.

Empfänger der Dateien sind in Fällen von Nr. 3 a) die jeweilige gesetzliche Krankenkasse und ggf. ein externer Abrechnungsdienstleister, in Fällen von Nr. 3 b) ggf. ein Abrechnungsdienstleister oder ein eingeschaltetes Inkassounternehmen. Darüber hinaus erfolgt eine Weitergabe der Daten an Ärztinnen und Ärzte, soweit dies für Ihre Behandlung erforderlich oder vorgeschrieben ist. Eine Übermittlung von personenbezogenen Daten erfolgt jeweils nur in dem Umfang, der für die genannten Zwecke erforderlich ist. Erfolgt die Abrechnung über einen externen Dienstleister nicht im Rahmen der Auftragsverarbeitung, so kann der eingesetzte Abrechnungsdienstleister in der Praxis eingesehen, bzw. auf Anfrage benannt werden. Die Erbringung der vertraglich vereinbarten Datenverarbeitung findet ausschließlich in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum statt.

4. Einsatz von Auftragsverarbeitern (Software- und IT-Dienstleister)

Zur Organisation des Praxisbetriebs, insbesondere für Terminverwaltung, Behandlungsdokumentation, Abrechnung und IT-Sicherheit, setzen wir externe Software- und IT-Dienstleister ein. Diese Dienstleister verarbeiten personenbezogene Daten ausschließlich in unserem Auftrag und auf Grundlage eines Auftragsverarbeitungsvertrags gemäß Art. 28 DSGVO.

5. Dauer der Speicherung von personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für medizinische Behandlungsunterlagen aufbewahrt (regelmäßig zehn Jahre, § 630f Abs. 3 BGB). Über die regelmäßige Aufbewahrungsdauer hinaus, kann bei einer potenziell möglichen rechtlichen Auseinandersetzung zur Sicherstellung von Beweismitteln Daten für die Dauer der gesetzlichen Verjährungsvorschriften von bis zu 30 Jahren aufbewahrt werden.

Bei der Hinzuziehung von Abrechnungsdienstleistern außerhalb der Auftragsverarbeitung kann die Speicherdauer in der Praxis eingesehen, bzw. auf Anfrage benannt werden.

Daten können zu statistischen Zwecken in anonymisierter Form ausgewertet und zu Marktforschungszwecken verwendet werden. Anonymisierte Daten sind nicht auf einzelne Patientinnen oder Patienten zurückführbar und unterliegen daher nicht der DSGVO.

6. Widerruf einer Einwilligung

Sofern es einer Einwilligung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten an externe Abrechnungsdienstleister bedarf, können Sie diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

7. Ihre Betroffenenrechte

Ihnen stehen folgende Rechte zu: auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) und auf Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde.

_____

Ort/Datum Patient/in, Bevollmächtige/r, Sorgeberechtigte/r*