



## **Behandlungsvertrag über physiotherapeutische Behandlung oder Wellness-Anwendung** **Informations- und Aufklärungsbogen**

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere Eingriffe in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde nach §630d BGB verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

Herr/Frau (Name, Vorname) .....

wohnhaft (Adresse).....

tel.: ..... Email:.....

und die Praxis fasziumpföhr schließen folgende Behandlungsübereinkunft:

### **Vertragsgegenstand ist eine physiotherapeutische Behandlung, Manuelle Therapie, Faszientherapie oder Wellness-Anwendung des Patienten**

#### **Honorar**

Es ist mir bewusst, dass eine private Krankenversicherung die entstehenden Kosten möglicherweise nur teilweise übernimmt. Das Honorar wird **mit 95€ pro 55 Minuten-Behandlung** vereinbart, Wellness laut Aushang. Das Honorar ist unmittelbar fällig und sofort nach Rechnungsstellung oder in bar/EC-Cash zu bezahlen. Die Behandlung erfolgt nach vereinbarten Terminen. Bei nicht rechtzeitiger Absage (24 Stunden vor dem Termin) wird ein Schadenersatz in Höhe der Behandlungsgebühr erhoben, da die Behandlung für einen anderen Patienten durchgeführt hätte werden können. Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann eine volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

#### **Rechnungsstellung**

Neben Quittungen nach §368 BGB erhält der Patient nach Abschluss der Behandlungsphase eine Rechnung. Die Rechnung enthält Namen und Anschrift der Praxis und des Patienten. Sie spezifiziert den Behandlungszeitraum und die bezahlten bzw. fälligen Honorare. Ebenso werden die Befundpunkte aufgelistet und die Steuernummer angezeigt.

#### **Risiken und Nebenwirkungen**

Jede effektive Therapie führt zu Reaktionen des Körpers. So können nach der Behandlung vorübergehend (einige Stunden bis Tage) auftreten:

- Muskelartige Schmerzen
- Lokale Rötungen, Blutergüsse und Hautirritationen
- Vorübergehende Schmerzverstärkung bei jedoch verbesserter Funktion
- Kreislaufreaktionen, wie z.B. Schwindel, Müdigkeit und Schwitzen



**Um eine sichere Behandlung zu gewährleisten, informieren Sie die Therapeuten der Praxis „fasziumpföhr“ VOR Beginn der Behandlung über vorbestehende Grunderkrankungen und Ihren Gesundheitszustand:**

- Frühere Unfälle, Verletzungen und Operationen
- Internistische und neurologische Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen und Blutgerinnungsstörungen
- Glaukom (grüner Star)
- Erkrankungen des Bewegungsapparates, wie z.B. Osteoporose, Bandscheibenvorfälle, Rheuma
- Schwangerschaft
- Psychische Erkrankungen, z.B. Depressionen, Neurosen, Paranoia
- Entzündete, bestrahlte oder anderweitig verletzte Hautareale
- Allergien, Unverträglichkeiten
- Akut lebensbedrohliche Erkrankungen, Krampfadern sowie schwere Grunderkrankungen, wie z.B. Krebserkrankungen im Endstadium
- Neurologische Ausfallerscheinungen, z.B. schluck-/Sprach-/Sensibilitätsstörungen, Sehen von Doppelbildern, pulsierende Ohrengeräusche

**Sowie über Medikamenteneinnahme von zum Beispiel:**

- Blutverdünnenden Medikamenten
- Cortison
- Schmerzmitteln

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich den Wunsch einer Behandlung durch Therapeuten/Masseure der Praxis „fasziumpföhr“.

Ich erkläre hiermit, mich umfassend und verständlich über die Behandlung informiert zu haben. Fragen habe ich vollständig geklärt und wünsche die Behandlung nach Faszium. Bei Gesundheitsstörungen werde ich mich sofort wieder den behandelnden Therapeuten oder einem Arzt vorstellen.

Bilder und Videos dürfen zu Zwecken der Dokumentation der Behandlung gemacht und sicher aufbewahrt werden.

Wyk, den ..... Unterschrift Patient / Kunde.....



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung  
Stand 6. April 2018  
<https://www.physio.de/datenschutz>

von  
Herrn/Frau.....

Anschrift.....

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis „**fasziumpföhr**“ – **Stefanie Hartmann** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken könne Ihre Daten an den überweisenden Arzt weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten und zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Praxis **fasziumpföhr – Stefanie Hartmann, Waldstr. 5, 25938 Wyk auf Föhr.**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht.

Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Wyk, den.....

Unterschrift.....