

Regens Wagner Dillingen
 Gesamtleitung:
 Stefan Leser



Regens-Wagner-Straße 2
 89407 Dillingen
 Telefon: 09071 502-480
 Telefax: 09071 502-481
 E-Mail:
 dlq-tpz@regens-wagner.de
 Internet:
 www.therapiezentrum-
 dillingen.de

Bereichsleitung:
 Stefanie Westebbe

Therapiezentrum

Physiotherapie,
 Ergotherapie und
 Logopädie

Physiotherapie
 IK-Nr. 442 973 955
 Ergotherapie
 IK-Nr. 480 972 437
 Logopädie
 IK-Nr. 400 973 508

Behandlungsvertrag/Datenschutzerklärung

Zur reibungslosen Abwicklung Ihrer Therapien ist die nachfolgende Einwilligung zur Datenverarbeitung und Absagenregelung Voraussetzung.

<p>KlientIn:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Vor- und Zuname</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Vor- und Zuname <i>Erziehungsberechtigte/r</i></p> <p>Haben Sie eine/n gesetzliche/n BetreuerIn?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p style="text-align: center; margin-left: 150px;">Vor- und Zuname Tel.-Nr.</p>
<p>Geburtsdatum</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
<p>Anschrift</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
<p>Telefonnummer/Handy-Nummer</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
<p>E-Mail-Adresse:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
<p>Name der Krankenkasse: _____</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> privat</p>
<p>Hausarzt/Kinderarzt bzw. überweisender Arzt:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>

Datenweitergabe:

Sie willigen ein, dass das Therapiezentrum Ihre personenbezogenen, behandlungsrelevanten Daten, insbesondere Gesundheitsdaten (wie z.B. Diagnosen, Therapieverläufe und -berichte) erheben darf, sich mit dem **verordnenden Arzt** mittels Fax/Brief/Telefon/E-Mail austauschen sowie Korrekturen von Verordnungen dem Arzt übermitteln und empfangen darf.

Sie willigen ein, dass Ihre personenbezogenen, behandlungsrelevanten Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs sowie zur Abrechnung der erbrachten Leistungen mit der Krankenkasse gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Hierzu verpflichtete sich das Therapiezentrum zur Erfüllung der Datenschutzvorgaben die notwendigen technisch-organisatorischen Maßnahmen zu ergreifen und eine zertifizierte, verschlüsselte Software zur Datenübermittlung zu verwenden.

Die MitarbeiterInnen des Therapiezentrums versichern Ihnen, dass Ihre Angaben dem Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben werden. Die Patientendaten werden nur so lange aufbewahrt, wie für die Behandlung notwendig ist und es die gesetzlichen Fristen vorschreiben.

Eine Änderung Ihrer Daten (z.B. Krankenkassenwechsel, Adressänderung etc.) sind uns unverzüglich mitzuteilen.

Vergütung der Therapieleistungen:


a) *Gesetzlich Krankenversicherte:* Die Vergütungen für Heilmittel werden direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet. Gemäß §§ 32, 43c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu leisten, sofern keine Befreiung von der Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Behandlungskosten sowie 10 € je Verordnung. Die Zuzahlungen müssen per Überweisung auf unser Konto nach Rechnungsstellung erfolgen. Ich erlaube den Austausch und die Übermittlung personenbezogener Daten mit meiner Krankenkasse zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Behandlungen.

b) *Privatpatienten:* Die Vergütungssätze für Heilmittel richtet sich nach der Therapeutenverordnung. Die derzeit gültigen Vergütungssätze werden Ihnen separat ausgehändigt. Die Behandlungskosten werden direkt mit Ihnen abgerechnet und sind unabhängig von der Kostenerstattung durch Ihre Beihilfe und/oder private Krankenversicherung von Ihnen zu begleichen. Bitte erkundigen Sie sich **vor Therapiebeginn** bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für die Maßnahmen übernommen werden.

Terminabsagen (24h-Regelung):

Wenn Sie den vereinbarten Behandlungstermin aus dringenden Gründen (z.B. Krankheit) nicht wahrnehmen können, müssen Sie diesen mind. **24 Stunden vor dem Behandlungstermin absagen** (telefonisch oder per E-Mail), damit das Therapiezentrum die reservierte Zeit anderweitig vergeben kann. Unentschuldig nicht wahrgenommene Therapien oder verspätet abgesagte Therapien werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Wird die Therapie wiederholt ohne rechtzeitige Absage nicht wahrgenommen, behalten wir uns vor, die Therapien mit sofortiger Wirkung zu beenden und die laufende Heilmittelverordnung abzubrechen.

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich damit einverstanden.

Ort	Datum
Unterschrift KlientIn/ Erziehungsberechtigte/r / gesetzl. VertreterIn / BetreuerIn 	

Diese Vertragsbedingungen beziehen sich auf den Zeitraum der Behandlung und gelten auch für weitere Verordnungen, die zum Zwecke der Behandlungsdurchführung bei uns vorliegen. Diese Vertragsbedingungen können jederzeit ohne Angaben von Gründen in schriftlicher Form widerrufen werden und erlöschen automatisch mit Beendigung der Therapie.