

Behandlungsvertrag/Datenschutzerklärung

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

KlientIn: _____ Vor- und Zuname _____ Vor- und Zuname <i>Erziehungsberechtigte/r bzw. gesetzliche/r VertreterIn</i>
Geburtsdatum
Anschrift
Telefonnummer/Handy-Nummer
E-Mail-Adresse
Name der Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> privat
Hausarzt/Kinderarzt bzw. überweisender Arzt:

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 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 noch anderweitig verplanen kann. Unentschuldig nicht wahrgenommene Therapien oder verspätet abgesagte Therapien werden Ihnen privat in Rechnung gestellt.

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

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

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

Zusätzliche Vereinbarungen bei Therapien von Minderjährigen innerhalb der Einrichtung

KlientIn: _____ geb. am _____
Vor- und Zuname

1. Schweigepflichtsentbindung

Ich/Wir entbinden die Mitarbeiter/innen des Therapiezentrums gegenüber den

- MitarbeiterInnen bzw. Lehrkräfte der/des
 - Kindertagesstätte Arche
 - Regens-Wagner-Schule
 - Theresia-Haselmayr-Schule
 - Wohnheims _____
 -

von ihrer Schweigepflicht und erlauben den Austausch behandlungsrelevanter Inhalte und Daten.

2. Vollmacht bei Minderjährigen

Ich/Wir willigen ein, dass die MitarbeiterInnen der/des


- Kindertagesstätte Arche
- Regens-Wagner-Schule
- Theresia-Haselmayr-Schule
- Wohnheims _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)
-

die stattgefundenen Therapietermine, die unser/e Sohn/Tochter durch das Therapiezentrum Regens Wagner Dillingen erhalten hat, auf

- dem Förder- und Behandlungsplan
- der Heilmittelverordnung
- dem Privatrezept (zutreffendes bitte ankreuzen)

unterschreiben dürfen.

.....
Ort, Datum


.....
Unterschrift gesetzl. Vertreter