

Behandlungsvertrag

Fachpraxis f. Podologie

Praxis

Spandel, Renate

Inhaber Name, Vorname

Düsseldorfer Str. 52b

Straße / Hausnummer

42781 Haan

PLZ / Ort

Patientin / Patient Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon tagsüber

E-Mail

Krankenversicherung

Behandelnder Arzt

Versicherungsstatus:

- ☐ gesetzlich versicherter Patient (GKV)
- ☐ Selbstzahler (Privat, Beihilfe, Sonstige)

Haftungsausschluss

Die Haftung der Praxis für Sach- und Vermögensschäden wird für Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Davon unabhängig richtet sich die Haftung der Praxis bei Verletzung von Leben, Körper bzw. Gesundheit nach den gesetzlichen Vorschriften.

Datenschutz

Die beigefügte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum / Unterschrift Praxis / Behandler

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber:

Honorar und Terminabsagen (Ausfallhonorar)

- 1. Die Praxis weist Selbstzahler darauf hin, dass die Erstattung des Behandlungshonorars durch einen Kostenträger (privater Krankenversicherer, Beihilfe u.a.) nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann. Der Erstattungsanspruch des Patienten hängt vom Umfang des Versicherungsschutzes ab, den die Praxis nicht kennt. Daher sind die Behandlungskosten immer vom Patienten selbst zu zahlen; unabhängig davon, ob ihm ein Erstattungsanspruch zusteht.
- 2. Die Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem („Bestellpraxis“). D.h., für jeden Patienten werden die erforderlichen Behandlungszeiten reserviert. Da podologische Behandlungen über mehrere Behandlungstermine durchgeführt werden, können nicht kurzfristig Ersatztermine vereinbart werden.

Die Kostenträger (gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherer u.a.) bezahlen nur für durchgeführte Behandlungen, so dass ein ausgefallener Termin von ihnen nicht bezahlt wird.

Sollte ich einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sage ich diesen spätestens 24 Stunden vorher (persönlich, telefonisch oder per E-Mail) ab.

Bei einer verspäteten oder fehlenden Absage wird mir der Termin gemäß §§ 293 ff., 615 BGB (gesetzliche Regelungen zum Annahmeverzug) privat in Rechnung gestellt. Die Kosten dafür werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

Die Höhe des Ausfallhonorars beläuft sich auf 40,00 €

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die genannten Bedingungen zur Behandlung und Abrechnung sowie die aktuellen Preise gemäß Preisaushang.

Unterschrift der Patientin / des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters

Voraussichtliches Behandlungshonorar

Leistung	Honorar

Datum / Unterschrift Patient

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Patienteninformation zum Datenschutz

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt, um die Behandlung in unserer Praxis ordnungsgemäß durchführen zu können. Grundlage hierfür sind gesetzlichen Vorgaben, die im Rahmen der Behandlungsaufnahme und der damit verbundenen Pflichten einzuhalten sind.

Verarbeitet werden insbesondere Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Befunde und Therapieempfehlungen. Diese Daten werden entweder direkt im Rahmen Ihrer Behandlung erhoben oder – sofern erforderlich – von anderen behandelnden Fachkräften übermittelt, beispielsweise in Form einer Heilmittelverordnung.

Die Erhebung dieser Informationen ist notwendig, um eine fachgerechte und sichere Versorgung zu gewährleisten. Ohne entsprechende Angaben ist eine Behandlung nicht oder nur eingeschränkt möglich.

2. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Den betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Fachpraxis f. Podologie	Renate Spandel
Praxisname	Datenschutzbeauftragte(r) Name
Düsseldorfer Str. 52b	02129-3495350
Straße / Hausnummer	Telefon
42781 Haan	info@podologie-haan.de
PLZ / Ort	E-Mail

3. Empfänger Ihrer Daten

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte – sofern Sie uns diesen gegenüber von der Schweigepflicht entbunden haben – und Krankenkassen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

4. Speicherung Ihrer Daten

Personenbezogene Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für die Durchführung und Dokumentation der Behandlung notwendig ist. Nach Abschluss der Behandlung sind wir gesetzlich verpflichtet, diese Daten für einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren aufzubewahren. Je nach geltender Rechtslage können sich auch darüber hinausgehende Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Betroffenenrechte

Sie haben das Recht gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, bzw. Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten.

Sie haben das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes, Arbeitsplatzes oder unseres Praxissitzes wenden.

6. Rechtliche Grundlagen

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten, erfolgt auf Grundlage der geltenden Datenschutzregelungen im Gesundheitswesen.

Bei Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten helfen wir Ihnen gern weiter.

Ihr Praxisteam

Patienteneinwilligung zum Datenaustausch mit Leistungserbringern

.....
Patientin / Patient · Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße / Hausnummer

.....
PLZ / Wohnort

Fachpraxis f. Podologie

.....
Praxis

.....
Spandel, Renate

.....
Inhaber Name, Vorname

.....
Düsseldorfer Str. 52b

.....
Straße / Hausnummer

.....
42781 Haan

.....
PLZ / Ort

1. Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten zum Zweck der Abrechnung der erbrachten podologischen Leistungen, insbesondere der aus den Behandlungsunterlagen entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie ggf. der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an das Abrechnungszentrum

.....
RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH

.....
Name Abrechnungszentrum

.....
Am Schornacker 32

.....
Straße / Hausnummer

.....
46485 Wesel

.....
PLZ / Ort

.....
einverstanden.

.....
(im Folgenden nur noch „Abrechnungszentrum“ genannt)

2. Ich stimme zu, dass das Abrechnungszentrum die Leistungen meiner Podologiepraxis im eigenen Namen in Rechnung stellt und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus den Behandlungsunterlagen an das Abrechnungszentrum einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung kann das Abrechnungszentrum zur Prozesspartei werden. Die mich behandelnden Podologen können ggf. als Zeugen gehört werden.

3. Ich erteile meine Einwilligung in die elektronische Datenverarbeitung zur Bereitstellung der entsprechenden personenbezogenen Daten und entbinde auch hierzu die behandelnde Person von ihrer Schweigepflicht.

4. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meiner Podologiepraxis oder dem Abrechnungszentrum widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen meiner Podologiepraxis und dem Abrechnungszentrum keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient /
gesetzliche Vertreter / Vertretungsberechtigte

.....
Name, Vorname
(sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)