

## Herzlich Willkommen bei Physio360 in Penzberg

Liebe Patienten, meine Kollegen und ich freuen uns, Sie in der Praxis *Physio360* begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen baldige Genesung.

### Meine Daten

---

|                     |                    |                  |
|---------------------|--------------------|------------------|
| Vor- und Nachname   |                    | Geburtsdatum     |
| Straße und Haus-Nr. |                    | PLZ und Ort      |
| Telefon (Mobil)     | Telefon (Festnetz) | Telefon (Arbeit) |
| E-Mail              |                    |                  |

---

|                    |          |
|--------------------|----------|
| Überweisender Arzt | Hausarzt |
|--------------------|----------|

Wie sind Sie auf die Praxis *Physio360* aufmerksam geworden?

- Arzt     Familie     Freunde/Bekannte     Arbeitskollegen     Telefonbuch     Internet     Sonstige

Für Privatpatienten

- Ich bin beihilfeberechtigt

Für Kassenpatienten

- Ich bin zuzahlungsbefreit (Bitte Ausweis vorlegen!)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten und habe die Informationen „Einverständniserklärung zur Therapie im Behandlungsvertrag“ zur Kenntnis genommen.

Penzberg den, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung

### Das sollten Sie wissen!

**Zusätzliche Therapiezeit** Sie möchten die **Effektivität Ihrer Behandlung steigern** und Ihre Therapiezeit verlängern.

. Sprechen Sie uns einfach an und vereinbaren gleich Ihre Zusatzminuten. (Zwischen 10 und 60 Minuten ist alles möglich)

\* z. B. die Behandlungszeit einer Krankengymnastik/Manuelle Therapie-Einheit beträgt bei der gesetzlichen Krankenkasse ca. 15-20 Minuten

**Patientenaufklärung** Wir gehen davon aus, dass Sie ausreichend von Ihrem verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind. Falls nicht, sprechen Sie uns an. Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung von unserer Seite geben, wird diese durch Ihren Therapeuten vor Behandlungsbeginn durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

**Zuzahlung** (nur für **gesetzlich versicherte Patienten**) Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte

**Zuzahlungen** für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung. Falls Sie einen Befreiungs- Ausweis haben, legen Sie diesen doch bei der ersten Behandlung vor

**Hygiene** Bitte bringen Sie zu jeder Ihrer Therapien ein **eigenes Handtuch** mit. Wir sind eine **Schuhfreie Praxis**, wenn möglich bringen zur Therapie rutschfeste Socken oder Hausschuhe mit. In der momentanen Corona Zeit oder auch Erkältungszeiten, möchten wir Sie bitten, die Praxis nicht ohne **Mundschutz** zu betreten. Schützen Sie .uns und unsere immungeschwächten Patienten vor Viren und Bakterien.

Direkt am Praxiseingang befindet sich ein **Handdesinfektionsspender**, den Sie bitte vor und nach der Behandlung nutzen sollten.

**Ansprechpartner/Vertragspartner** Physio360, Inhaber: J. Strobl, Im Thal 21a, 82377 Penzberg,

Tel.: 08856-4311, Fax: 08856-7206, Mail: [office@physio-360.de](mailto:office@physio-360.de)

# Behandlungsvertrag



## 1, Einwilligung zur Datenweitergabe



- an das Abrechnungszentrum der Praxis
- an den Praxis Server / Praxissoftware Server
- an Ihre Verordnende Arztpraxis
- an Praxismitarbeiter Intern
- Ihre Krankenkasse

zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch unser Abrechnungszentrum bearbeitet. Ihre Daten werden wie oben angegeben gespeichert. Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kassenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen. Therapieberichte über den Stand der Genesung dürfen an Ihre Verordnende Arztpraxis weitergeleitet werden.

## 2, Absagepflicht's Erklärung

-Mir wurde eindringlich bekannt gegeben, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, muss ich diesen 24 Stunden vorher absagen. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert und willige ein, dass unentschuldigte, nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine, mir privat in Höhe der Vergütungsregelung nach GebüTh mit dem 2.3 facher Satz in Rechnung gestellt werden. Ein Ersatztermin wird mir Zeitnah zur Verfügung gestellt.

-Wir sind ein Wirtschaftsunternehmen und setzen die 24 Stunden Regelung konsequent ein. Sollten sie uns nicht persönlich erreichen, unser Anrufbeantworter oder Email Postfach ist **24 Stunden** für Sie zu erreichen und **Registriert die Zeit**.

-Tel.: **08856/4311** -Email.: **office@physio-360.de**

-Die **Praxis Physio360** behält sich das **Recht** vor, **Behandlungen / Behandlungsserien abzubrechen**. Sollten Termine nicht wahrgenommen werden oder wiederholt Abgesagt werden. **Bei Erstterminen gilt dieses Recht sofort**.

-Bei **Therapeuten Erkrankung** ist die **Praxis** berechtigt **Termine oder ganze Serien kurzfristig abzusagen**.

## 3, Einwilligung zur Videoüberwachung

Hiermit werde ich darauf hingewiesen, dass Bereiche der Praxis Physio360 Videoüberwacht werden. Die Überwachungsvideos werden gespeichert und nach einiger Zeit Automatisch Überschrieben. Überwacht werden der Eingangsbereich, Treppenhaus, Gang EG & 1OG die Rezeption sowie die Parkplätze.

## 4, Einverständniserklärung zur Therapie (Behandlung, Befund, Texte, Foto)

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung, Befunde, Texte, nach Ihrer Zustimmung Foto von mir gemacht werden. Diese Aufnahmen können Praxis Intern verwendet werden ohne Ihnen diese zu Vergüten.

Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit vollständig beantwortet. Die Entscheidung an einer Behandlungsteilnahme ist meine freie Entscheidung. Meine Zustimmung zum Behandlungsvertrag kann jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteil für meine weitere medizinische / therapeutische Versorgung schriftlich widerrufen werden. Der **Behandlungsvertrag** wird **auf unbestimmte Zeit abgeschlossen**.

**Mit meiner Unterschrift stimme ich dem Behandlungsvertrag zu, !!!Bitte alle Ankreuzen!!!**

- 1, Hiermit erteile ich der Praxis Physio360, die Einwilligung zur Datenweitergabe und deren Speicherung
- 2, Hiermit stimme ich der Absagepflicht's Erklärung sowie dem Absagerecht der Praxis zu
- 3, Hiermit stimme ich der Praxis Videoüberwachung und deren Speicherung zu
- 4, Hiermit stimme ich der Einverständniserklärung zur Therapie zu.

|               |  |                          |
|---------------|--|--------------------------|
| Penzberg, den | Hiermit erkenne ich den Behandlungsvertrag an.<br>Unterschrift des Patienten<br>oder gesetzlichen Vertreter. | Unterschrift<br><b>X</b> |
|---------------|--|--------------------------|