

Physio Center Uedem

Nordwall 2

47589 Uedem

Tel. 02825 – 6569

Whatsapp 01575 3226 429

Fax 02825-9380628

info@physiocenteruedem.de

Aufnahmebogen/Behandlungsvertrag Krankenkasse Versicherten 2025

*Name: _____ *Vorname: _____ *Geburtsdatum: _____
*Straße, Postleitzahl, Ort: _____
*Telefon: _____ Handy/Whatsapp: _____ *Email: _____
Hausarzt: _____ Facharzt: _____
Beruf: _____ Sport: _____
*Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____ *von der Zuzahlung befreit / nicht befreit
Medikamenteneinnahme: Nein Ja, welche: _____
Operationen/Implantaten: Nein Ja, welche: _____
Hilfsmittel: Nein Ja, welche: _____

Welche Behandlungen/ Untersuchungen haben Sie bisher erhalten?

*Was sind Ihre Beschwerden, warum sind sie hier?

*Was erwarten Sie von der Behandlung?

Haben sie noch weitere Probleme / Krankheiten: wie z.B. Hämophilie, Osteoporose, usw.? Oder sind sie schwanger?

Als Terminpraxis halten wir Ihren Termin ausschließlich für Sie frei. **Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte 24 Stunden vor dem Termin ab (per Fax, E-Mail oder WhatsApp).** Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß §615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Wenn es uns nicht möglich ist, den Behandlungstermin anderweitig zu belegen, stellen wir Ihnen die Behandlungskosten in Rechnung. Die Preise der Ausfallgebühr richten sich nach der Krankenkassenvergütung der gesetzlich Versicherten.

Rezepte müssen binnen 28 Kalendertagen nach Ausstellungsdatum begonnen werden (bei dringlicher Behandlungsbedarf binnen 14 Tagen).

Kann der gesetzlich versicherte Patient zum ersten Termin keine gültige ärztliche Verordnung nach den zurzeit gültigen Heilmittel-Richtlinien vorlegen, so kann die Behandlung aufgrund des Krankenkassenvertrags stattfinden. Dies löst eine Selbstzahler Pflicht bis zu dem Zeitpunkt aus, an dem der Versicherte eine gültige ärztliche Verordnung vorlegen kann. Sollte Ihre Krankenkasse die Kosten für die Behandlungen nicht übernehmen, so müssen Sie die Kosten hierfür selber tragen. Die Preise der Behandlung/en richten sich nach der Krankenkassenvergütung der gesetzlich Versicherten.

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht vor, dass Sie für Ihre Verordnung eine Zuzahlung in Höhe von 10% je Leistung und eine Ordnungsgebühr in Höhe von 10,- € zahlen müssen. Die Zahlung ist gesamt zu Beginn der Behandlung fällig. **Sofern die Behandlung nicht zu Ende geführt werden kann, wird die zu viel gezahlte Zuzahlung erstattet.**

Bitte bringen sie bei jeder Behandlung ein großes Tuch mit, das die ganze Liege bedeckt.

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Bei Bedarf bekommen Sie eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags.

Datum

Unterschrift des Patienten

Datum **Erinnerung Zuzahlung:**

Bitte beachten Sie die Datenschutzerklärung auf der Rückseite

*Pflichtangabe

Information zum Datenschutz DSGVO

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Nach Artikel 13 und 14 EU-DSGVO hat der Verantwortliche einer betroffenen Person, deren Daten er verarbeitet, die in den Artikeln genannten Informationen bereit zu stellen. Dieser Informationspflicht kommt dieses Merkblatt nach. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden.

Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. Weitere Rechtsgrundlage ist der §22 Abs.2 Nr. 1b BDSG. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation, Durchführung von Heilbehandlungen durch Abgabe von Heilmittel bzw. Behandlung auf Grund eines Behandlungsvertrages ohne ärztliche Verordnung (Sektorale HP-Erlaubnis) und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen. Für die Abgabe von Heilmitteln ist unsere Einrichtung in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung). Über Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Urbelege (Rezepte) im Original. Die Abrechnung wird mit Hilfe vom Software von der Firma Buchner bearbeitet. Die Abrechnung wird dabei von dem Unternehmen Noventi HealthCare GmbH vorgenommen, mit welchem wir einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diesen Dienstleister sicher sind.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Werden personenbezogene Daten erhoben, ohne dass die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 lit. a) i.V.m. Artikel 7 DSGVO.

Dauer der Aufbewahrung (rechtliche Vorgaben) beträgt 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung/Dienstleistung.

Der betroffenen Person stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO
- das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen zu können, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung hierdurch berührt wird.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO

Name und Anschrift Praxisinhaberin: Jolanda Blijenberg, Nordwall 2, 47589 Uedem

Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Patientenaufklärung Manuelle Therapie

Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung der Muskel- und Gelenkfunktionen und die Schmerzlinderung.

Kontraindikationen:

Akuten lumbalen Bandscheibenvorfall mit radikuläre Symptomatik.

Akuten Zervikalen Bandscheibenvorfall mit oder ohne radikuläre Symptomatik.

Frische Weichteilverletzung der HWS (bis zu 8 Wochen nach Unfall).

Posttraumatische segmentale Hypermobilität.

Fortgeschrittene Osteoporose oder metabolische Osteopathie mit Neigung zu pathologischen Frakturen.

Akute entzündliche Reaktionen an den Gelenken, akutem entzündlichem Schub bei chronischen Erkrankungen.

Tumore und Metastasen (abhängig von Lokalisation, ärztliche Abklärung notwendig)

Risiken der Untersuchung und Behandlung:

Für die Behandlung der Extremitäten sind die zurzeit bekannten Risiken, die sich auf dem Manual therapeutische Mobilisation zurück zu führen sind, vorübergehende muskeltäterähnliche Beschwerden.

Nach Behandlung der Wirbelsäule mittels Mobilisierung können vorübergehend auftreten:

Muskeltäterähnlichen Beschwerden.

Gelegentlich leichte Beschwerden in den behandelten Wirbelgelenken und in der Haut.

Leichte Schwindel und Kreislaufsymptomen.

In Seltenen Fällen (mit der Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 bis 1:2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung oder einem Schlaganfall kommen.

Sollten Sie während oder nach der Behandlung Beschwerden bzw. Missempfindungen haben, teilen Sie dies bitte unverzüglich ihrem Therapeuten mit. Eine vorübergehende Verstärkung der vorher vorhandenen Beschwerden für einige Stunden bis zu einem Tag ist möglich und kann als ungefährlich eingestuft werden. Nach einer Behandlung der Halswirbelsäule sollten Sie die Praxis erst nach ca. 20 Minuten verlassen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie aktiv am Verkehr teilnehmen. Der Therapeut führt zu Beginn und nach der Behandlung sogenannten Sicherheitstesten zur Überprüfung der Funktionsstörung und Gefahrenabwendung durch.

Ich erkläre hiermit, umfassend u. verständlich mündlich Gem. obigem Text durch _____ (Physiotherapeut) über der Manuellen Therapie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich wünsch die Behandlung mittels Manueller Therapie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen bzw. mich wieder Vorstellen.

Datum:

Unterschrift des Patienten: