

Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes Handtuch mit, danke.

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patient*innen und Kund*innen,

herzlich willkommen bei HerHealth. Dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag da. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen. Bitte beachten Sie, dass sie somit auch unseren AGBs zustimmen, welche sie auf unserer Website <https://www.beckenbodentrainieren.com/faq/agb/> nachlesen können.

1. Aufrufen mit ihrem Namen im Wartebereich

Laut der DSGVO benötigen wir von Ihnen die schriftliche Einwilligung, Sie mit Ihrem Vor- und/oder Nachnamen im Wartebereich für Ihren Termin, Änderungen, Rezeptgebühr o.ä. aufrufen zu dürfen. Wir setzen Sie hiermit in Kenntnis, dass zu diesem Zeitpunkt andere Personen, die gleichzeitig im Wartebereich sitzen, Ihre persönlichen Daten mitbekommen können. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Einwilligung und Ihr Einverständnis.

2. Absageregelung

Vereinbarte Termine bekommen Sie per Mail schriftlich oder über unsere Buchungssoftware. Sollte Ihnen etwas dazwischenkommen, bitten wir Sie, 24 Stunden vorher abzusagen (Per Mail oder Buchungstool). Manchmal ist dies nicht möglich, da unerwartet und/oder kurzfristig vor dem Termin etwas dazwischenkommt (Krankheit, Wasserrohrbruch, Kinderbetreuung entfällt, usw.). Wir bemühen uns, den Termin neu zu belegen. Ist uns dies nicht möglich, stellen wir Ihnen den Termin privat in Rechnung. Der/der Patient/in verpflichtet sich, für den ausfallenden Termin als Schadenersatz den Betrag von einer Behandlungseinheit 105 Euro zu zahlen. Der Patient wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar/die Ausfallpauschale nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und er dieses/diese selbst zahlen muss. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß §615BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß §626BGB bleibt bestehen

3. Privatversicherte/Selbstzahler

Den genauen Rechnungsbetrag entnehmen Sie Ihrer Honorarvereinbarung. Privatpatienten/Selbstzahler Die Vergütungssätze für Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab der ersten Behandlungseinheit begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für: Befunderhebung, Privatärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel. Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen physiotherapeutischen Therapiemethoden sowie die Behandlungszeiten können eingesehen werden. Der Aktuelle Preis beträgt 111 Euro für einen Ersttermin von 70 Minuten. Alle weiteren Termine werden mit 105 Euro berechnet und 50-60 Minuten geplant. Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden. Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen.

4. Verspätung

Sollten Sie zu Ihrem Termin nicht pünktlich erscheinen, können wir eine Einhaltung der vorgegebenen Behandlungszeit nicht garantieren. Wir bitten Sie 10 Minuten vor Behandlungsbeginn anwesend zu sein. Sollten Sie sich verspätet, teilen Sie uns das per Mail mit.

5. Erstverschlimmerung

Je nach Krankheitsbild und Therapie kann es nach einer physiotherapeutischen Behandlung zu einer Erstverschlimmerung Ihrer Beschwerden kommen. Bitte informieren Sie uns in Ihrer nächsten Behandlung darüber.

6. Rezepte / Verordnungen

Bitte bringen Sie zu Ihrer 1. Behandlung eine Privat Verordnung mit. Im Falle, dass keine Private Heilmittelerordnung vorliegt, handeln wir als (sekoraler) Heilpraktiker für Physiotherapie und erstellen daraufhin eine Diagnose und Rechnung auf Heilpraktikerbasis.

7. Haftung

Die Haftung für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von einfacher Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung -auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen- für grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz. Bitte nehmen Sie Ihre Wertgegenstände mit in den Behandlungsraum.

8. Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass durch HerHealth meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit der Krankenkasse, Abrechnungsstellen oder dem*der Patient*in, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungs Berichten und

Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den*die überweisenden Arzt*Ärztin, Krankenkasse und/oder die Abrechnungsstelle weitergegeben oder übermittelt werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die zu den oben genannten Zwecken erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgen und das bei nicht Gabe der Einverständnis der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann. Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen. Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf an die obenstehende Anschrift zu richten. Ich bin damit einverstanden, dass HerHealth ggf. mit mir für Terminänderungen, Terminabsprache etc. per E-Mail kommuniziert. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

09. Aufklärung

Sie werden im Zuge der ersten Behandlung insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt und haben die Möglichkeit Fragen zu stellen. Sie dürfen die Aufklärung **vor** Behandlungsbeginn unterschreiben.

10. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (privatärztliche Verordnungen), die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Heilpraktikerleistungen) und Präventionsmaßnahmen. Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

11. Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden. Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten 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.

12. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist

Einwilligungserklärung für Patient*innen und Kund*innen

Auf der nachfolgenden Seite haben Sie die Möglichkeit, uns Einwilligungen in bestimmte Formen der Datenverarbeitung zu erteilen. Sämtliche Einwilligungen enthalten eine Erläuterung des Zwecks der beabsichtigten Datenverarbeitung und eine genaue Beschreibung der Einwilligung, welche Sie uns mit Ihrer Unterschrift erteilen. Geben Sie uns *keine* Einwilligung, dürfen wir Ihre Daten zu diesem Zweck **nicht** verarbeiten. Bitte kreuzen Sie daher jeweils an, ob Sie uns die betreffende Einwilligung erteilen.

HerHealth, Anna Müller, E3 16, 68159 Mannheim
mich behandelnden und/oder verwaltenden Personen (nachfolgend „Praxis“ genannt) die im Folgenden von mir ausgewählte(n) Einwilligung(en). Die Einwilligung(en) erteile ich rein freiwillig. Ich hatte zudem die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig beantwortet.

Zur Übermittlung von meinen Patientendaten an das überweisende ärztliche Fachpersonal und zur Erhebung von

Hinweis auf Ihr Recht zum Widerruf dieser Einwilligung(en)

Sie haben das Recht, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, eine erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Die bis zum Eingang Ihres Widerrufs bereits erfolgte Verarbeitung Ihrer Daten bleibt jedoch rechtmäßig. Der Widerruf kann postalisch oder elektronisch an uns übermittelt werden.

Dieser Behandlungsvertrag, Aufklärung über AGBs, DSGVO und ergänzende aufklärungsrelevanter Inhalte wird geschlossen zwischen oben genannter Person und

HerHealth, Anna Müller Mannheim: _____

Unterschrift: _____ Unterschrift: **X** _____