

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte füllen Sie nachstehende Angaben aus:

_____	_____
Name	
_____	_____
Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße	PLZ, Wohnort
_____	_____
Telefon privat *	Telefon dienstlich *
_____	_____
Telefon mobil *	Email *
_____	_____
Krankenkasse/Versicherung/Kostenträger	Termine per Mail: <input type="checkbox"/> mit Eintrag der Mailadresse erlaubt Zuzahlung <input type="checkbox"/> nicht befreit <input type="checkbox"/> befreit

* Angabe freiwillig (zur Ermöglichung der Korrespondenz, z.B. bei Terminänderungen)

Inhalte des Behandlungsvertrages:

- Die Abrechnung von Verordnungen für Nicht-Privatversicherte erfolgt mit den jeweils geltenden Tarifen der Krankenkasse bzw. des zuständigen Kostenträgers über das **Abrechnungszentrum OPTICA**. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung auf der Rückseite.
- Gesetzlich Versicherte müssen gemäß § 32 SGB V pro Verordnung einen **Eigenanteil** (Zuzahlung) in Höhe von **10,00 € zzgl. 10% des Rezeptwertes** entrichten. Diese Gebühr wird in voller Höhe an die Krankenkasse weitergeleitet und sollte bar beglichen werden. Hierüber wird Ihnen eine Quittung ausgestellt. Von dieser Regelung nicht betroffen sind Minderjährige und von der Zuzahlung befreite Patienten.
- Bei Therapieunterbrechungen von mehr als **28 Kalendertagen** sind wir den gesetzlichen Krankenkassen gegenüber verpflichtet, das Rezept mit den bis dahin erhaltenen Behandlungen abzurechnen.
- Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Termine, die nicht oder sehr kurzfristig abgesagt werden, werden wir Ihnen gemäß § 615 BGB **persönlich in Rechnung** stellen. Die Höhe entspricht den entfallenen Kosten und kann jederzeit bei uns erfragt werden. Wir bitten hierfür um Verständnis.
- Die Aufsichtspflicht der behandelnden Therapeuten erstreckt sich nur auf den Zeitraum der vereinbarten Therapiezeit.
- Die „**Information zum Datenschutz**“ wurde gelesen und verstanden.
- Der Behandlungsvertrag endet nach Abschluss der Behandlung, d.h. wenn Sie keine ärztliche Verordnung mehr erhalten oder die Behandlung nicht auf eigene Kosten fortsetzen.

Die vorstehenden Bedingungen und Informationen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie ausdrücklich an.

_____ Datum Unterschrift des Kunden/Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

Zur Vereinfachung von Zahlungsvorgängen bieten wir Ihnen auch Bankeinzug durch Lastschrift an:

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000894868)

Ich ermächtige THERASPORT Heidelberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von THERASPORT Heidelberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____	_____
Kontoinhaber	Kontoführendes Institut
_____	_____
IBAN	BIC
_____	_____
	Datum, Unterschrift

Einwilligungserklärung

von: _____
Name, Vorname

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des mit THERASPORT abgeschlossenen Behandlungsvertrages Daten über meine Person sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Krankenkassen und andere Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie Rehabilitationseinrichtungen und private Krankenversicherungen) übermittelt werden können.
- THERASPORT gibt Rezepte der BG- und gesetzlich Versicherten sowie von Empfängern der Heilfürsorge (z.B. Polizei Baden-Württemberg) und Bundeswehr-Angehörigen an folgendes Abrechnungszentrum weiter:

Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis, dass meine zur Abrechnung notwendigen Daten übermittelt werden (einschließlich Originalverordnung).

- Ich bin außerdem damit einverstanden, dass THERASPORT mit meinem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen kann, um fehlerhaft ausgestellte Rezepte zu korrigieren (Hinweis: nur formal korrekt ausgestellte Verordnungen werden von den Krankenkassen erstattet). Hierfür entbinde ich THERASPORT von der Schweigepflicht bzgl. für die Korrektur des Rezeptes relevanter Informationen.
- Die Einwilligung in die Datenweitergabe ist freiwillig und bedeutet für den behandelnden Physiotherapeuten eine Verschwiegenheitsentbindung.
- Die Einwilligung endet mit Laufzeitende des Behandlungsvertrages.
- Des Weiteren steht mir ein Widerrufsrecht zu, von dem ich jederzeit ohne Angabe von Gründen Gebrauch machen kann. Der Widerruf ist telefonisch oder postalisch an THERASPORT zu richten.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber THERASPORT nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann; bisher durchgeführte und von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.
- Bei einem Widerruf kann jedoch die vertragsmäßige Behandlung nicht durchgeführt werden.
- Die Datenschutzerklärung zu der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Diese ist auch jederzeit bei THERASPORT am Empfang einsehbar.

Heidelberg, den _____

Unterschrift