



## Behandlungsvertrag - Privat

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, dieses Formular stellt einen **Behandlungsvertrag über die Erbringung von Physio-, Ergo- und osteotherapeutischen Leistungen** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

zwischen **FITALM, Inh. Jennifer Catrici**  
und

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (ggf. Name des Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Mobil-/Tel.Nr.:

\_\_\_\_\_  
E-Mail

2. Es werden folgende Gebührensätze vereinbart:

**Manuelle Therapie:** MT - 66€ / 30 Min. Termin | **Krankengymnastik:** KG - 55€ / 30 Min. Termin

**Krankengymnastik ZNS nach Bobath & PNF:** KG-ZNS 58€ / 30 Min. Termin

**KGG - Krankengymnastik am Gerät:** 69 € pro 60-Minuten-Einheit in der Phsiostub'n Richard-Wagner-str. 14a, 84453Mühldorf

**Manuelle Lymphdrainage:** MLD30 - 44€ (Teilbehandlung) | MLD45 - 66€ (Großbehandlung)

MLD60 - 90€ (Ganzbehandlung)

**Klassische Massagetherapie:** KMT - 40€ / 30 min Einheit | **Wärmebehandlung:** 13 € pro Einheit

**Kältetherapie:** 15 € pro Einheit | **Heiße Rolle:** 16 € pro Einheit

**Unsere Preise** orientieren sich an der aktuell gültigen Gebührenübersicht für Therapeuten (GebÜTh). In besonderen Fällen behalten wir uns jedoch das Recht vor, Ihnen den 2,3-fachen Gebührensatz in Rechnung zu stellen.

3. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Behandlungs- und Rechnungskonditionen, an. Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme des/der Patienten/-in ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen.

4. Der Versicherte macht einen möglichen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung selbst geltend. Private Rechnungen des Physiotherapeuten an Selbstzahler/innen und Privatversicherte sind innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab Rechnungsdatum zu begleichen, unabhängig von der Erstattungsdauer durch die Versicherung oder die Beihilfestelle.

5. Terminabsagen und Ausfallgebühr

Mir ist bekannt, dass vereinbarte Termine verbindlich für mich reserviert werden. **Die Terminabsage muss in Textform (vorzugsweise per E-Mail oder WhatsApp) erfolgen.** Wird ein Termin nicht wahrgenommen oder abgesagt und kann dieser nicht anderweitig vergeben werden, wird mir eine pauschale Ausfallgebühr in Höhe von **35,00 €** in Rechnung gestellt. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass der Praxis kein oder ein wesentlich geringerer Ausfall entstanden ist. Mir ist bewusst, dass meine Krankenkasse/Versicherung diese Kosten nicht übernimmt. Sollten zwei aufeinanderfolgende Termine von mir abgesagt werden, verpflichte ich mich, nach Aufforderung ein ärztliches Attest vorzulegen.

6. Bitte beachten Sie, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihr Kind nur für den vereinbarten Therapiezeitraum gültig ist.

7. Der Patient verpflichtet sich, der Praxis Änderungen seiner Krankenkassenzugehörigkeit sowie seiner Anschrift, Telefonnummer oder sonstiger relevanter Kontaktdaten unverzüglich und ohne schuldhaftes Zögern mitzuteilen.

### **Haftung:**

Die Haftung der **FITALM, Inh. Jennifer Catrici** für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die oben aufgeführten Vereinbarungen als verbindlich an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)



## Information zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. **Die Patienteninformationen zum Datenschutz im Wartebereich sind öffentlich ausgehängt** und von mir einsehbar. Auf Wunsch kann ich mir eine Kopie der Patienteninformation zum Datenschutz vom Praxispersonal aushändigen lassen.

### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Sie können sich mich mit allen Fragen im Zusammenhang mit der Verarbeitung meiner Daten an den Verantwortlichen wenden.

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen alle Daten die auf einer ärztlichen Verordnung aufgeführt sind sowie Diagnosen, Therapieempfehlungen und -methoden und Befunde, die wir oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, z.B. in Arztbriefen oder Therapieberichten. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Diese notwendigen Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen. Ihre erhobenen Daten dürfen auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger oder durch eine Urlaubsvertretung weiter bestimmungsgemäß genutzt werden. Ferner willigen Sie ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen. Wir möchten Sie als Interessent/Innen aktuell und gezielt über unsere Dienstleistungen, insbesondere in Form von Informationsveranstaltungen und Projekte per E-Mail, per Anruf oder per Online-Medien informieren. Ihre Daten können so lange Verwendung finden, bis Sie Ihrer Einwilligung widerrufen oder beschränken.

### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, medizinische Dienstleistungsunternehmen, Steuerberater und Abrechnungsstellen 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. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### 5. Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung beinhaltet die Befugnis, Ihre Einverständniserklärung zur Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich gemäß Art. 77 DSGVO, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Wenden Sie sich dafür an die Datenschutzbehörde, die für Ihren Wohnort bzw. Ihr Bundesland zuständig ist oder an die für uns zuständige Datenschutzbehörde, dem bayrischen Landesbeauftragten für den Datenschutz Herrn Dr. Thomas Petri, München (geregelt in §38, Abs 6 BDSG).

### 6. Rechtliche Grundlagen

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr. 1 b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).



## Schweigepflichtentbindung & Datenaustausch

Zwischen: FITALM Therapiezentren, Inh. Jennifer Catrici

FITALM - Mühldorf

Richard-Wagner-Straße 14a  
84453 Mühldorf am Inn

FITALM Rosenheim

Heilig-Geist-Straße 64  
83022 Rosenheim

Le Privé Mühldorf

Richard-Wagner-Straße 14c  
84453 Mühldorf am Inn

Patient:in: \_\_\_\_\_  
[Name, Vorname,]

\_\_\_\_\_   
[Geburtsdatum]

### 1. Zweck der Entbindung

Um eine optimale, interdisziplinäre Therapie zu gewährleisten, ist es oft notwendig, medizinische Informationen auszutauschen. Ich entbinde die unten genannten Personen/Institutionen hiermit von ihrer medizinischen Schweigepflicht gegenüber meiner oben genannten Physiotherapie-Praxis und umgekehrt.

### 2. Umfang der Berechtigung

Die behandelnden Physiotherapeut:innen dürfen:

- Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten halten (telefonisch/schriftlich).
- Therapieberichte an die verordnenden Ärzt:innen übermitteln.
- Einsicht in relevante Befunde (z. B. OP-Berichte, Röntgen- oder MRT-Befunde) nehmen, sofern diese für die physiotherapeutische Behandlung notwendig sind.
- Informationen über den Behandlungsstand, Termine sowie therapierelevante Hinweise an die unten genannten Angehörigen weitergeben

### 3. Beteiligte Parteien

Die Entbindung gilt insbesondere für:

- Den/Die verordnende(n) Hausarzt/Hausärztin bzw. Facharzt/Fachärztin.
- Gegebenenfalls weitere an der Behandlung beteiligte Therapeuten (z. B. Ergotherapie, Logopädie).
- Die zuständige Krankenkasse bzw. den Medizinischen Dienst (nur im gesetzlich geforderten Rahmen zur Abrechnung oder Begründung von Langfristverordnungen).
- Folgende Angehörige / Vertrauenspersonen:

1. \_\_\_\_\_  
[Name, Vorname, Geburtsdatum]

2. \_\_\_\_\_  
[Name, Vorname, Geburtsdatum]

3. \_\_\_\_\_  
[Name, Vorname, Geburtsdatum]

### 4. Freiwilligkeit und Widerruf

Diese Erklärung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich sie jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf hat keinen Einfluss auf die Qualität meiner Behandlung, kann jedoch die Abstimmung zwischen den Heilmittelerbringern oder die Kommunikation mit meinen Angehörigen erschweren.

Ort/Datum, \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient:in (bzw. Erziehungsberechtigte/r): \_\_\_\_\_