

# Behandlungsvertrag/ AGB's TherapieCenter Marl GmbH

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_  
 Strasse/Hausnr.: \_\_\_\_\_

## **Zahlung und Terminvereinbarung**

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher persönlich, telefonisch oder per E-Mail absagen. Sage ich einen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir der jeweilige Bruttobetrag gemäß § 615 BGB privat in Rechnung gestellt wird. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten.

Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der Praxis liegt, trage ich diese selbst. Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen privaten Krankenkassen oder Beihilfen ersetzen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen sowie die Behandlungspreise, siehe Honorarvereinbarung, an.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzl. Vertreterin/des Vertreters

## **Aufklärung und Einwilligungen**

Ich bin informiert über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzl. Vertreterin/des Vertreters

## **Schweigepflichtentbindung** (nur auszufüllen, falls gewünscht)

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber:

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzl. Vertreterin/des Vertreters

## **Datenschutz/Patienteninformation**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben. Der Patient/Kunde wurde darüber informiert, dass durch die TherapieCenter Marl GmbH seine Daten bzw. die des rechtlich Vertretenen im Rahmen des Behandlungsvertrages verarbeitet und genutzt werden.

**1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung:** Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die TherapieCenter Marl GmbH, Victoriastraße 59 45772 Marl, E-Mail: [datenschutz@therapiecenter-marl.de](mailto:datenschutz@therapiecenter-marl.de)

**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. Dies sind Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, Behandlungspausen (z.B. bei Urlaub, Krankenhausaufenthalt u.ä.) oder Behandlungsende. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Therapeuten/Heilmittelerbringer oder Pflegedienst/-kräfte, bei denen Sie in Behandlung oder Pflege sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen o.ä.). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.

Diese Informationen benötigen wir, um eine sorgfältige Behandlung durchzuführen und bestmögliche Ergebnisse zu erzielen.

**3. Empfänger Ihrer Daten:** Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist, notwendig ist oder Sie im Behandlungsvertrag eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte/Therapeuten/Heilmittelerbringer, Pflegedienst/-kräfte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, privatärztliche Verrechnungsstellen o.ä. sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. 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 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen gesetzlichen Vorschriften können sich im Einzelfall auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

**5. Ihre Rechte:** Sie haben das Recht, jederzeit über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Sie sind jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft die weitere Verarbeitung Ihrer Daten zu untersagen. In diesem Falle ist diese Willenserklärung zu richten an die in Punkt 1 der Datenschutzerklärung aufgeführte Adresse. Wir werden Ihre Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang Ihres Wunsches löschen. Darüber hinaus steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Der Kontakt der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 0211 384240, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)**

**6. Rechtliche Grundlagen:** Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

## **7. Folgende Optionen wähle ich:**

- ☐ Ich stimme der unverschlüsselten Übermittlung von Kundendaten per E-Mail zu ☐ an mich ☐ an andere Behandler
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung für therapeutisch / medizinische Zwecke Foto-/Audio oder Videoaufnahmen erstellt und eingesetzt werden.
- ☐ Ich erteile der Praxis die Erlaubnis, mich über die vorhandenen Kontaktwege zu kontaktieren.

Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb mit darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen mit den Therapeuten in diesem Bereich preisgebe.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzl. Vertreterin/des Vertreters