



Centrum für Physio & Osteopathie C. Klima
Tal 14, 80331 München
Tel: 089/29 58 58

Behandlungsvertrag

Physiotherapie/Manuelle Therapie/ Manuelle Lymphdrainage

Name: _____
Straße: _____
Postleitzahl / Ort: _____
Telefonnummern: _____
E-Mail-Adresse: _____
Krankenversicherung: _____

Privat gesetzlich beihilfeberechtigt ja nein

Heilpraktiker-Zusatzversicherung ja

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die physiotherapeutische Behandlung des:der Patient:in.

II. Honorar

Als Honorar für eine physiotherapeutische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag in Höhe des gesetzlichen Kassensatzes/ der aushängenden Preise vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Die Rezeptgebühren sind bis zur 3. Behandlung fällig.

III. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für die jeweiligen Patient:innen reserviert ist.

Der Patient:in ist daher verpflichtet,

- Termine pünktlich einzuhalten,

- falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe des Kassensatzes/des vereinbarten Honorars an.

Abrechenbarkeit physiotherapeutischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach den aushängenden Preisen. Gesetzlich Krankenversicherte beteiligen sich anteilig an ihrer verordneten Leistung. Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der:die Patient:in die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen den Patient:innen und den behandelnden Physiotherapeut:innen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen der Patient:innen und verpflichtet diese zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Das Informationsblatt zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Centrum für Physio & Osteopathie C. Klima
Tal 14, 80331 München
Tel: 089/29 58 58



Aufklärung über physiotherapeutische, manualtherapeutische Behandlungen und Lymphdrainage

Die Ergebnisse der bisher erfolgten ärztlichen und heilpraktischen Untersuchung weisen darauf hin, dass Ihre Beschwerden auf Funktionsstörungen des Bewegungs- und Haltungssystems beruhen.

Die Folgen dieser Störungen können Bewegungseinschränkungen und Schmerzen sowie Taubheits- und Kribbelgefühle im Bereich der Wirbelsäule und an Armen und Beinen sein.

Bei Störungen im Bereich der Halswirbelsäule können Nackenschmerzen, Seh- und Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schluck- und Stimmstörungen, Halsschmerzen, Fremdkörper,- Kloß- und Engegefühl im Hals, Schweißausbrüche und Schlafstörungen sowie Funktionsstörungen der inneren Organe auftreten.

Mit verschiedenen Techniken und therapeutischen Handgriffen aus dem Bereich der Physiotherapie, Massage, Lymphdrainage und Manuellen Therapie können Therapeut:innen auf die jeweilige Funktionsstörung einwirken.

Mögliche Risiken der Behandlung durch manuelle Mobilisation:

- Bei Behandlungen der Extremitäten können vorübergehende muskelkaterähnliche Beschwerden auftreten.
- Wird ein nicht erkennbarer Bandscheibenvorfall durch den gezielten therapeutischen Handgriff aktiviert, kann es zu Lähmungserscheinungen kommen.
- Bei bestehenden Bandscheibenvorfällen kann es zu Beeinträchtigung der Nerven kommen.
- Durch Verletzungen der muskulären Innenwand der Arterien der Halswirbelsäule können sich Blutgerinnsel (Thrombose) bilden, die sich ablösen und Blutgefäße verschließen können (Embolie). Dies kann zu schweren bleibenden Schäden des Hirnstammes führen.

Manipulationen sind ausschließlich Ärzt:innen und Heilpraktiker:innen vorbehalten.

Physiotherapeut:innen ist diese Technik nicht erlaubt.

Sollten Sie während oder nach der Behandlung die vorab beschriebenen Beschwerden bzw. Missempfindungen haben, teilen Sie dies bitte unverzüglich ihre:r Therapeut:in 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.

Therapeut:innen führen zu Beginn, während und nach der Behandlung sogenannte SAFETY-TESTS zur Überprüfung der Funktionsstörung und Gefahrenabwendung durch.

Ich bin mündlich ausführlich über alle voranstehend genannten Punkte informiert worden. Ich stimme der Behandlung zu, bei Wahrung meiner Entscheidungsfreiheit, dass auf meinen Wunsch hin die Behandlung jederzeit abbrechen ist.

Datum

Unterschrift PATIENT:IN

Unterschrift THERAPEUT.IN

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Datum	Unterschrift PATIENT:IN	Unterschrift THERAPEUT:IN
-------	-------------------------	---------------------------

Centrum für Physio & Osteopathie C. Klima
Tal 14, 80331 München
Tel: 089/29 58 58



Datenschutz / Einwilligung
Centrum für Physiotherapie und Osteopathie Cecilia B. Klima

EINWILLIGUNG

**(Rechtsgrundlage: Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (Verarbeitung von Gesundheitsdaten handelt) und
Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Verarbeitung von sonstigen Daten/ Kontaktdaten)**

HIERMIT erkläre ich, _____ ,

mich damit einverstanden, dass die Praxis Centrum für Physiotherapie und Osteopathie Cecilia B. Klima, vertreten durch die Praxisinhaberin, Frau Cecilia B. Klima Kontaktmöglichkeiten über Telefon, Fax, SMS und E-Mail nutzt.

Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass die Gesundheitsdaten über meine Person zur Abrechnung der erfolgten Behandlung an die private Abrechnungsstelle AZH (*Noventi HealthCare GmbH, Einsteinring 41-43, 85609 Aschheim*) weitergegeben werden und die Abrechnungssoftware der Firma *simplimed GmbH (Am Ehrenmal 19, 51588 Nümbrecht) auf Ihrem Server in der Cloud in Deutschland datenschutzkonform* zum Zwecke der übermittelt und gespeichert werden(laut Art. 9 Abs. 22 lit. A benötigt dieser Abschnitt keine schriftliche Zustimmung).

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Datum: Unterschrift: