

## **1. Behandlungsvertrag für Osteopathiepatienten**

## **2. Preis/ Behandlung`s Information**

## **3. Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung**



Name (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter)

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Telefonnummer

überweisender Arzt / Klinik

E - Mailadresse

1. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist exklusiv für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht.

**Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden. Nicht bezahlte Rechnungen werden von IFB INKASSO bearbeitet und vollstreckt.**

Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei Ihrem Kostenträger.

**Zu den Terminen bringen Sie bitte mit: Handtuch groß, ggf. aktuelle Befunde**

2. für Ihre ärztliche Verordnung über osteopathische Behandlungen können 3 bis 6 Behandlungen à 50 Minuten (Kinder ab 7 L.j / Erwachsenen) erforderlich sein. Diese werden je nach Indikation ca. 1-2 Mal im Monat durchgeführt und haben einen Wert von 80,00 € pro 50 Min. Behandlung / 25 Min. à 40€ Kinder bis 7 Jahre.

Falls notwendig reichen Sie bitte dieses Schreiben zur Bewilligung bei Ihrer Krankenkasse ein. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie den Behandlungsablauf sowie die Zahlung der Behandlungen vor Behandlungsbeginn. Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein.

Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten

**3. Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung  
für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art. 9  
DSGVO**

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. ihrer Krankenkasse.

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO: Jörn Birkenmeier / Praxisinhaber und Antje Kauder / fachliche Praxisleitung. Kontakt: 0341 9999770 / kontakt@ppsalus.de / Gorkistraße 85 in 04347 Leipzig.

**Einer Kontaktaufnahme seitens der Praxis stimme ich mit Hinterlegung der aktuellen Adresse, Telefonnummer oder / und E-Mail-Adresse zu.**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

---

Datum, Patientenunterschrift

Mit freundlichen Grüßen

Jörn Birkenmeier

**Praxis für Physiotherapie und Osteopathie Pro Salus  
Gorkistraße 85 in 04347 Leipzig  
Tel: 0341 / 99 99 77 0  
kontakt@ppsalus.de**