

Anmeldung und Behandlungsvertrag

1 · IHRE DATEN

VORNAME

NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, ORT

TELEFON MOBIL

E-MAIL

KRANKENKASSE

VERSICHERTENNUMMER

HAUSÄRZTIN / HAUSARZT ODER ZUWEISENDE
PRAXISMITGLIEDSNUMMER PHYZIO-FIT, FALLS
VORHANDEN

TARIF

VERSICHERUNGSART · BITTE ANKREUZEN

☐ Gesetzlich versichert☐ Selbstzahler ohne Verordnung

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Empfehlung☐ Ärztliche Praxis☐ Internet☐ Social Media☐ PhyZio-Fit☐ Sonstiges

2 · IHR ANLIEGEN

WESWEGEN KOMMEN SIE ZU UNS?

WAS MÖCHTEN SIE ERREICHEN?

SEIT WANN BESTEHEN DIE BESCHWERDEN?

SCHMERZ 0-10 · RUHE / BEWEGUNG

Anmeldung und Behandlungsvertrag

3 · SICHERHEITSFRAGEN VOR DEM EINSATZ UNSERER GERÄTE

In Ihrer Behandlung setzen wir je nach Befund Geräte ein — Stoßwelle, INDIBA-Tiefenerwärmung und den Beckenbodenstuhl. Für jedes dieser Geräte gibt es Gegenanzeigen. Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft. Wenn nichts zutrifft, lassen Sie die Felder leer.

ABSOLUTE KONTRAINDIKATIONEN — BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN

- ☐ Herzschrittmacher, Defibrillator oder Neurostimulator
- ☐ Metallimplantat, künstliches Gelenk, Platten oder Schrauben — wo: _____ seit wann: _____
- ☐ Kupferspirale oder anderes metallhaltiges Verhütungsmittel
- ☐ Schwangerschaft oder Schwangerschaft nicht ausgeschlossen
- ☐ Bekannte Epilepsie oder Krampfanfälle
- ☐ Bösartige Erkrankung — aktuell oder in der Vergangenheit
- ☐ Blutgerinnungsstörung oder blutverdünnende Medikamente
- ☐ Insulinpumpe oder anderes aktives Implantat
- ☐ Aktuell fieberhafter Infekt oder akute Entzündung

RELATIVE KONTRAINDIKATIONEN — BITTE SAGEN SIE UNS BESCHEID, WENN EINES DAVON ZUTRIFFT

- | | |
|--|---|
| ☐ Unerklärlicher Gewichtsverlust, Nachtschweiß oder Fieber | ☐ Nächtliche Ruheschmerzen, die sich nicht bessern |
| ☐ Taubheit, Kribbeln oder Kraftverlust in Armen, Beinen oder im Dammbereich | ☐ Kontrollverlust über Blase oder Darm |
| ☐ Schwindel, Seh- oder Schluckstörungen | ☐ Sturz, Unfall oder Trauma in den letzten Wochen |

Diese Angaben dienen Ihrer Sicherheit. Wir besprechen sie mit Ihnen und leiten Sie bei Bedarf ärztlich weiter.

MEDIKAMENTE

ALLERGIEN, Z. B. ÖLE, LOTIONEN, TAPE

VOR-OP · WANN

Ich habe die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und sage Bescheid, wenn sich etwas ändert. Bei Minderjährigen unterschreiben die Sorgeberechtigten.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum_____
Unterschrift — Angaben zur Gesundheit und Sicherheitsfragen

Anmeldung und Behandlungsvertrag

4 · BEHANDLUNGSVERTRAG UND ZUZAHLUNG

Die Behandlung erfolgt auf Grundlage der ärztlichen Verordnung. Die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse erfolgt zu den vertraglich vereinbarten Sätzen. Nach § 32 Abs. 2 in Verbindung mit § 61 SGB V sind Sie gesetzlich verpflichtet, eine Zuzahlung von 10 % des Verordnungswertes zuzüglich 10 € je Verordnung zu leisten, sofern keine Befreiung vorliegt. Die Zuzahlung ist mit der ersten Behandlung fällig; bitte legen Sie eine gültige Befreiung unaufgefordert vor. Wir bitten um Zahlung per EC-Karte.

Bringen Sie die Verordnung bitte im Original mit. Bei gesetzlich Versicherten darf sie bei Behandlungsbeginn nicht älter als 28 Tage sein.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Behandlungsvertrag und gesetzliche Zuzahlung

5 · TERMINVEREINBARUNG UND AUSFALLHONORAR

Wir arbeiten als Bestellpraxis — Ihre Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Termine können Sie bis 24 Stunden vor Behandlungsbeginn kostenfrei absagen, auch am Wochenende, per E-Mail, telefonisch oder auf dem Anrufbeantworter. Maßgeblich ist der Eingang bei uns.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen berechnen wir ein pauschales Ausfallhonorar in Höhe der Vergütung des ausgefallenen Termins (je 15 Minuten Termindauer), weil die Zeit nicht mehr anderweitig vergeben werden kann und Krankenkassen ausschließlich durchgeführte Behandlungen vergüten. Ersparte Aufwendungen und eine anderweitige Vergabe des Termins werden angerechnet. Ihnen bleibt der Nachweis vorbehalten, dass uns kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist. Bei Verhinderung aus Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben, entfällt das Ausfallhonorar.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Absage- und Ausfallregelung

WIE MÖCHTEN SIE IHRE RECHNUNG ERHALTEN?

☐ Per E-Mail an die oben angegebene Adresse

☐ Per Post — hierfür berechnen wir 2 € je Rechnung

Anmeldung und Behandlungsvertrag

6 · HONORARVEREINBARUNG FÜR SELBSTZAHLERLEISTUNGEN

Für Leistungen, die nicht oder nicht vollständig erstattet werden, gelten die folgenden Honorarsätze als vereinbart (§ 611 BGB). Wir weisen Sie vor jeder dieser Leistungen darauf hin, dass die Kosten von Ihnen selbst zu tragen sind (§ 630c Abs. 3 BGB).

Erstattung durch eine Zusatzversicherung — sprechen Sie uns vorher an. Viele Zusatzversicherungen erstatten diese Leistungen ganz oder teilweise. Wir haben Erfahrung damit und finden gemeinsam mit Ihnen den passenden Weg. **Das muss vor Behandlungsbeginn geklärt werden** — nach Rechnungsstellung ist eine Anpassung nicht mehr möglich. Rufen Sie uns an unter 02205 / 905 2828 oder schreiben Sie an info@phyzio-zander.de.

LEISTUNG	WOFÜR	REGULÄR	MITGLIED
ERGÄNZUNG IM LAUFENDEN BEHANDLUNGSTERMIN			
INDIBA im Behandlungstermin 5 Minuten zusätzlich zu Ihrem 15-Minuten-Termin	Tiefenerwärmung des Gewebes vor der Behandlung	15 €	12 €
INDIBA · Sechserkarte	Sechs Anwendungen im Behandlungstermin	79 €	65 €
Stoßwelle im Behandlungstermin 5 Minuten zusätzlich zu Ihrem 15-Minuten-Termin	Bei Sehnenbeschwerden — Achillessehne, Ferse, Ellenbogen, Schulter, Patellasehne	15 €	12 €
Stoßwelle · Fünferkarte	Fünf Anwendungen im Behandlungstermin	65 €	55 €
Therapiezeitverlängerung	Zusätzliche Behandlungszeit, je 10 Minuten — im Tarif MED PLUS 12×/Jahr ohne Berechnung	17 €	15 €
EIGENSTÄNDIGER ANWENDUNGSTERMIN — EIN VOLLSTÄNDIGER TERMIN, NICHT TEIL EINER LAUFENDEN BEHANDLUNG			
Physiotherapie im Direktzugang sektorale Heilpraktikererlaubnis, 20 Minuten	Behandlung ohne Verordnung — Sie brauchen kein Rezept	34 €	30 €
INDIBA · Einzelanwendung 20 Minuten, ausschließlich am Gerät	Wenn keine Verordnung vorliegt oder eine intensivere Anwendung gewünscht ist	44 €	29 €
Stoßwelle · Einzelanwendung 20 Minuten, ausschließlich am Gerät	dito	44 €	29 €
Osteopathie · 40 Minuten	Ganzheitliche Behandlung	95 €	85 €
Osteopathie · 60 Minuten	Ganzheitliche Behandlung	125 €	112 €
WEITERE LEISTUNGEN			
Wärmetherapie	—	12 €	12 €
Naturmoor (Fango)	—	16 €	16 €
Kältetherapie	—	13 €	13 €
Hausbesuch · Fahrtkosten pauschal	—	32 €	32 €

Ein eigenständiger Anwendungstermin ist ein vollständiger, allein für Sie reservierter Termin — nicht Teil einer laufenden Behandlung. **Abrechnung nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH):** Verlängerung um 10 Minuten nach den Ziffern 20.1, 20.3 und 20.7 · Therapiezeit 20 Minuten nach den Ziffern 1, 20.3 sowie 35.1 bis 35.6 · Therapiezeit 30 Minuten nach den Ziffern 1, 4, 20.3 sowie 35.1 bis 35.6. Es handelt sich um Heilbehandlungen, die von einem sektoralen Heilpraktiker für Physiotherapie angeordnet werden; sie sind deshalb nach § 4 Nr. 14 Buchstabe a UStG von der Umsatzsteuer befreit.

Alle Leistungen dieser Übersicht sind Selbstzahlerleistungen. Sie kommen zeitlich obendrauf — Ihre verordnete Behandlungszeit bleibt in vollem Umfang erhalten.

Der Mitgliederpreis gilt bei bestehender Mitgliedschaft MED oder MED PLUS bei der PhyZio-Fit GmbH. Im Tarif MED PLUS sind zwölf Therapiezeitverlängerungen je Mitgliedsjahr enthalten; bitte bei der Terminvereinbarung anmelden. Beckenboden-Karten sowie Muskelschutz und Starke Mitte werden in einer eigenen Vereinbarung geschlossen.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Honorarvereinbarung Selbstzahlerleistungen

Anmeldung und Behandlungsvertrag

7 · DATENSCHUTZ

Verantwortlich ist Jan Zander, PhyZio Zander, Rotdornallee 31a, 51503 Rösrath. Externe Datenschutzbeauftragte: Sarah Demski, smartworx GmbH, Zum Alten Wasserwerk 9, 51491 Overath. Wir verarbeiten Ihre Daten zur Erfüllung des Behandlungsvertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO) und zur gesetzlichen Dokumentation (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, § 630f BGB). Ihre Patientenakte wird in unserer Praxissoftware iPrax geführt (iPrax Systems GmbH & Co. KG, Claudius-Keller-Straße 3c, 81669 München); die Verarbeitung erfolgt in unserem Auftrag auf Grundlage eines Vertrags zur Auftragsverarbeitung nach Art. 28 DSGVO und benötigt keine Einwilligung. Ihre Patientenakte wird zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt. Sie haben das Recht auf Auskunft (Art. 15), Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17), Einschränkung (Art. 18), Datenübertragbarkeit (Art. 20) und Widerspruch (Art. 21) sowie ein Beschwerderecht bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW. Für die Behandlung selbst brauchen wir keine Einwilligung — die drei folgenden Einwilligungen sind freiwillig, einzeln erteilbar und jederzeit für die Zukunft widerrufbar. Eine Ablehnung hat keinen Einfluss auf Ihre Behandlung.

A) MESSSYSTEME IN DER DIAGNOSTIK

- ☐ Ich willige ein, dass meine Messdaten (Körpermaße, Kraft- und Bewegungswerte) zum Zweck der Auswertung an VALD Performance Pty Ltd (Newstead, Australien — Drittland ohne Angemessenheitsbeschluss, Einwilligung nach Art. 49 Abs. 1 lit. a DSGVO) und seca GmbH & Co. KG (Hamburg) übermittelt werden.

Ohne diese Einwilligung können wir computergestützte Messungen nicht durchführen. Die übrige Behandlung ist davon nicht berührt.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Einwilligung Messsysteme

B) ÜBERMITTLUNG AN DIE PHYZIO-FIT GMBH

- ☐ Ich willige ein, dass meine Trainings- und Messdaten an die PhyZio-Fit GmbH (Rösrath) und die von ihr eingesetzten Dienstleister eGym GmbH (München) und MAC Centercom (Aschaffenburg — Trainingsarmband und Trainingssoftware) übermittelt werden, damit mein Training dort gesteuert und im Verlauf ausgewertet werden kann.

Diese Einwilligung ist unabhängig von Buchstabe a. Sie ist nur erforderlich, wenn Sie im Studio trainieren — auch beim vierwöchigen Probetraining. Ohne sie erhalten Sie die volle physiotherapeutische Behandlung.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Einwilligung Übermittlung an PhyZio-Fit GmbH

Anmeldung und Behandlungsvertrag

C) KOMMUNIKATION

- ☐ Ich willige ein, dass die Praxis mich per E-Mail, Telefon oder SMS kontaktiert, um Termine zu vereinbaren, zu bestätigen oder abzustimmen und therapierelevante Informationen zu übermitteln.

Diese Einwilligung ist freiwillig und jederzeit für die Zukunft widerrufbar; ohne sie erreichen wir Sie postalisch und telefonisch. Bitte beachten Sie, dass unverschlüsselte E-Mail und SMS kein sicherer Übertragungsweg sind. Wünschen Sie den Rechnungsversand ausdrücklich per Post, berechnen wir dafür 2 € je Rechnung — für Porto und Bearbeitung. Der Versand per E-Mail ist kostenfrei.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Einwilligung Kommunikation

- ☐ **Schweigepflichtentbindung gegenüber der verordnenden Praxis.** Ich entbinde PhyZio Zander von der Schweigepflicht gegenüber der auf Seite 1 genannten ärztlichen Praxis, soweit dies für die Abstimmung meiner Behandlung erforderlich ist.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Schweigepflichtentbindung

8 · ABSCHLUSS

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich die Anmeldung vollständig erhalten und die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen habe, und schließe den Behandlungsvertrag. Die vorstehenden Erklärungen habe ich einzeln und gesondert unterzeichnet. Ein Exemplar verbleibt bei mir.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN — VERTRAGSABSCHLUSS

Rösrath, den — Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Für PhyZio Zander