

Anmeldung und Behandlungsvertrag

1 · IHRE DATEN

VORNAME

NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, ORT

TELEFON MOBIL

E-MAIL

VERSICHERUNG / BEIHILFESTELLE

VERSICHERTENNUMMER

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

TARIF

VERSICHERUNGSART · BITTE ANKREUZEN

☐ Privat versichert☐ Beihilfe☐ 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 HONORAR FÜR VERORDNETE LEISTUNGEN

Die Behandlung erfolgt auf Grundlage der ärztlichen Verordnung. Sie werden über Befund, Therapie und Maßnahmen mündlich und verständlich aufgeklärt; mit Antritt des Termins willigen Sie in die Durchführung ein. Unseren Berechnungen liegt der 1,6-fache Satz zugrunde. Die nachfolgenden Honorarsätze gelten als vereinbart (§ 611 BGB), unabhängig davon, ob und in welcher Höhe Ihre Versicherung oder Ihre Beihilfestelle erstattet.

Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe — sprechen Sie uns vorher an. Wir betreuen zahlreiche Beihilfeberechtigte und kennen die Tarife. Gemeinsam finden wir den Weg, auf dem Ihre Behandlung möglichst vollständig erstattet wird. **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@physio-zander.de.

Bringen Sie die Verordnung bitte im Original mit; wir fertigen eine Kopie und geben Ihnen das Original zurück. Die Gültigkeitsfrist richtet sich bei Privatversicherten nach Ihrem Tarif.

VERORDNETE LEISTUNG	PREIS	VERORDNETE LEISTUNG	PREIS
Erstbefundung	16,50 €	Krankengymnastik	47,00 €
Manuelle Therapie	54,00 €	Krankengymnastik am Gerät (KGG)	87,00 €
Manuelle Lymphdrainage · 30 Minuten	57,00 €	Manuelle Lymphdrainage · 45 Minuten	84,00 €
Manuelle Lymphdrainage · 60 Minuten	113,00 €	Klassische Massagetherapie	34,00 €
Krankengymnastik ZNS	74,00 €	Bindegewebsmassage	41,00 €
Atemtherapie	47,00 €	Elektrotherapie	19,00 €
Wärmetherapie	12,00 €	Wärmetherapie · Heiße Rolle	21,00 €
Fango (Naturmoor)	36,20 €	Kältetherapie	19,00 €
Stoßwelle ergänzend in der Therapie	35,00 €	Hausbesuch · Fahrtkosten pauschal	32,00 €

Krankengymnastik am Gerät für Mitglieder mit PKV-Ergänzungsvertrag. Besteht ein PKV-Ergänzungsvertrag mit der PhyZio-Fit GmbH, rechnen wir die gerätegestützte Krankengymnastik abweichend zum Beihilfe-Höchstsatz ab — derzeit 55,81 € je Sitzung nach Anlage 5 der Beihilfenverordnung Nordrhein-Westfalen, für Bundesbedienstete nach Anlage 9 der Bundesbeihilfeverordnung. Maßgeblich ist der bei Leistungserbringung geltende Höchstsatz. Ohne diesen Vertrag gilt der oben ausgewiesene Satz.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Honorarvereinbarung für verordnete Leistungen · 1,6-facher Satz

Anmeldung und Behandlungsvertrag

5 · 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).

LEISTUNG	WOFÜR	REGULÄR	MITGLIED
ERGÄNZUNG IM LAUFENDEN BEHANDLUNGSTERMIN			
INDIBA im Behandlungstermin Termin verlängert sich um 5 Minuten	Tiefenerwärmung des Gewebes vor der Behandlung	15 €	12 €
INDIBA · Sechserkarte	Sechs Anwendungen im Behandlungstermin	79 €	65 €
Stoßwelle im Behandlungstermin Termin verlängert sich um 5 Minuten	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	29 €	24 €
Stoßwelle · Einzelanwendung 20 Minuten, ausschließlich am Gerät	dito	29 €	24 €
Beckenbodenstuhl · Einzelanwendung vollständig bekleidet, ohne Programm	Voraussetzung ist ein vorheriger Beckenboden-Check	29 €	19 €
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 — ein Regeltermin von 20 Minuten verlängert sich damit auf 30 Minuten; bitte bei der Terminvereinbarung anmelden. Beckenboden-Programm, Muskelschutz-Programm und Starke Mitte werden in einer eigenen Vereinbarung geschlossen.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

Rösrath, den — Datum

Unterschrift — Honorarvereinbarung Selbstzahlerleistungen

Anmeldung und Behandlungsvertrag

6 · 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 20 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

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

Anmeldung und Behandlungsvertrag

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

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