

# Physio Center Uedem

Nordwall 2

47589 Uedem

Tel. 02825 – 6569

Whatsapp 01575 3226 429

Fax 02825-9380628

info@physiocenteruedem.de

## Aufnahmebogen und Honorarvereinbarung zwischen den Privat Patient (Selbstzahler) und das Physio Center Uedem 2025

\*Name:

\*Vorname:

\*Geburtsdatum:

\*Straße, Postleitzahl, Ort:

\*Telefon:

\*Handy/ Whatsapp:

\*Email:

Hausarzt / Facharzt:

Beruf:

Voll Privat / Beihilfe

Medikamenteneinnahme:      Nein / Ja, welche:

\*Was sind Ihre Beschwerden, warum sind sie hier?

Was erwarten Sie von der Behandlung?

Die Vertragspartner vereinbaren auf Grund der Diagnose:

für die Durchführung therapeutischer Leistungen die folgenden Vergütungssatz Gemäß GebüTh:

Leistung:

Preis:

Leistung:

Preis:

Leistung:

Preis:

Leistung:

Preis:

Leistung:

Preis:

Wir rechnen nach GebüTh den 1,5-fachen Satz der Vdek-Preises ab. Gem. §164 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Kostenerstattung durch Ihre private Krankenversicherung.

Bei Auseinandersetzungen mit Ihrer privaten Krankenversicherung finden sie unter [www.privatpreise.de](http://www.privatpreise.de)

Transparente Preis und Hilfe

Als Terminpraxis halten wir Ihren Termin ausschließlich für Sie frei. **Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte 24 Stunden vor dem Termin ab ( per Fax, E-Mail oder WhatsApp).** Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß §615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Wenn es uns nicht möglich ist, den Behandlungstermin anderweitig zu belegen, stellen wir Ihnen die Behandlungskosten in Rechnung. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach den für die Behandlung vereinbarten Vergütungssätze.

Bitte bringen Sie bei jeder Behandlung ein großes Tuch mit, das die ganzen Behandlungsliege bedeckt.

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt.

Bei Bedarf bekommen Sie eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags.

- **Bitte beachten Sie die Datenschutzerklärung auf der Rückseite**

\_\_\_\_\_  
\*Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
\*Unterschrift des Patienten

\*Pflichtangabe

## Information zum Datenschutz DSGVO

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Nach Artikel 13 und 14 EU-DSGVO hat der Verantwortliche einer betroffenen Person, deren Daten er verarbeitet, die in den Artikeln genannten Informationen bereit zu stellen. Dieser Informationspflicht kommt dieses Merkblatt nach. 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. Weitere Rechtsgrundlage ist der §22 Abs.2 Nr. 1b BDSG. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation, Durchführung von Heilbehandlungen durch Abgabe von Heilmittel bzw. Behandlung auf Grund eines Behandlungsvertrages ohne ärztliche Verordnung (Sektorale HP-Erlaubnis) und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen. Soweit wir Ihre Daten elektronisch speichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Werden personenbezogene Daten erhoben, ohne dass die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 lit. a) i.V.m. Artikel 7 DSGVO.  
Dauer der Aufbewahrung (rechtliche Vorgaben) beträgt 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung/Dienstleistung.

Der betroffenen Person stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Daten Übertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO
- das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen zu können, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung hierdurch berührt wird.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO

Name und Anschrift Praxisinhaberin:

Jolanda Blijenberg, Nordwall 2, 47589 Uedem

Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

## Patientenaufklärung Manuelle Therapie

**Ziel** der Therapie ist immer die Wiederherstellung der Muskel- und Gelenkfunktionen und die Schmerzlinderung.

### **Kontraindikationen:**

Akute lumbale Bandscheibenvorfall mit radikuläre Symptomatik.  
Akute zervikale Bandscheibenvorfall mit oder ohne radikuläre Symptomatik.  
Frische Weichteilverletzung der HWS ( bis zu 8 Wochen nach Unfall).  
Posttraumatische segmentale Hypermobilität.  
Fortgeschrittene Osteoporose oder metabolische Osteopathie mit Neigung zu pathologischen Frakturen.  
Akute entzündliche Reaktionen an den Gelenken, akuten entzündlichen Schub bei chronischen Erkrankungen.  
Tumore und Metastasen (abhängig von Lokalisation, ärztliche Abklärung notwendig)

### **Risiken der Untersuchung und Behandlung:**

Für die Behandlung der Extremitäten sind zurzeit keine Risiken bekannt, die sich auf die manualtherapeutische Behandlung zurückführen lassen.

Nach Behandlung der Wirbelsäule können vorübergehend auftreten:

Muskelkaterähnlichen Beschwerden.

Gelegentlich leichte Beschwerden in den behandelten Wirbelgelenken und in der Haut.

Leichte Schwindel und Kreislauf Symptome.

In seltenen Fällen (mit der Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 bis 1:2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung oder einem Schlaganfall kommen.

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich (mündlich) über Diagnose sowie Verlauf und Risiken der Behandlung gem. obigem Text durch den Physiotherapeuten über den Manuelle Therapie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich wünsch die Behandlung mittels Manueller Therapie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen bzw. mich wieder Vorstellen.

Datum:

Unterschrift des Patienten: