

**Anmeldeformular**  
(inkl. Datenschutzerklärung und Aufklärungsbogen)

**zwischen**

Praxis für Physiotherapie  
Raik Goepel  
Zur Nachtheide 8, 12557 Berlin

**und**

**(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Patient / Patientin (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, Hausnummer, Ort): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Handynummer (vorrangig) / Festnetznummer: \_\_\_\_\_

email Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung (Gesetzlich? Beihilfe-Privat? Privat?): \_\_\_\_\_

Zuweisende/r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

## 1. Vergütung der Therapieleistungen

### a. Privatpatienten

Die Behandlungskosten für Heilmittel gelten für alle Therapien, die ab dem 01.09.2024 begonnen werden.  
Die Behandlungskosten gelten für:

- Privat-ärztlich verordnete physiotherapeutische Heilmittel
- Physiotherapeutische Heilmittel, die ohne Verordnung angewendet werden (Heilpraktiker-Leistungen, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie)

Die derzeit gültigen Behandlungskosten, für die für Sie verordneten physiotherapeutischen Therapiemethoden oder Heilpraktiker-Leistungen werden Ihnen separat ausgehändigt (Honorarvereinbarung).

Die Behandlungskosten werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Privaten Krankenversicherung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie oder der Heilkunde übernommen werden.

### b. Gesetzlich Krankenversicherte

Die Behandlungskosten für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen (vorrangig mit EC/Visa Card) erhalten Sie von der Praxis eine Quittung.

## 2. Ausfallgebühr

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen mindestens **24 Stunden vorher abzusagen**, damit die Praxis die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen kann. Es entstehen der Praxis ansonsten Ausfallzeiten.

Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin (mehrmals) nicht rechtzeitig absagen, behält die Praxis sich vor, Ihnen die vereinbarten Behandlungskosten in Rechnung zu stellen. Sofern Sie gesetzlich versichert sind, würde die Praxis Ihnen den Betrag in Rechnung stellen, den die Praxis von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätte.

Die Preise für Heilmittel der gesetzlichen Krankenkassen, finden Sie auf der Praxiswebsite unter „Preise“ oder können diese in der Praxis erfragen. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht (z. B. Kosten für Wärmeanwendungen). Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

## 3. Datenweitergabe zur Abrechnung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung der Behandlungsvereinbarung notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert werden. An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben (siehe auch unten Datenschutzgrundverordnung).

## 4. Geltung dieser Vereinbarung

Alle Regelungen dieser Vereinbarung gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche-, berufsgenossenschaftliche- und privat-ärztliche Verordnungen), die der Patient der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigt. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (sektorale Heilpraktiker-Leistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

In der Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene, vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter einer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem in Kraft getretenen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) ist die Praxis verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information ist auch zu entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung: Praxis für Physiotherapie Raik Goepel, zur Nachtheide 8, 12557 Berlin

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die Behandlungsvereinbarung zwischen Ihnen und Ihrem Physiotherapeuten/Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten die Praxis Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **3. Weitergabe Ihrer Daten an Dritte**

Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) statt. Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. Für die Abrechnung werden die Daten an das ADH Abrechnungszentrum für Heilmittelbringer GmbH Russellstraße 28 · 26871 Papenburg und an den Steuerberater Dipl.-Kfm. Oliver Jesgarek, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin weitergeleitet.

### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Die Praxis bewahrt Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### **5. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichts-Behörde lautet wie folgt:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Alt-Moabit 59-61  
10555 Berlin

### **6. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die Praxis wenden.

Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

## Patientenaufklärung / Aufklärungsbogen

(Bitte kreuzen Sie an bzw. unterstreichen Sie, welche Beschwerden bei Ihnen vorliegen)

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Allergien
- Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Diabetes, andere...)
- Osteoporose, Osteopenie
- Kortison-pflichtige Erkrankungen (z. B. Rheumatische Arthritis, Asthma bronchiale, andere...)
- Krebserkrankung aktuell bzw. in der Vergangenheit
- Gewichtsverlust, eingeschränkter Allgemeinzustand
- Nachtschmerzen bzw. nächtliches Schwitzen
- Neurologische Symptome (z. B. Kribbeln / Taubheit / Kraftverlust / Schwindel)
- Durchgeführte Operationen, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Haben Sie sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Bitte tragen Sie ein, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen: \_\_\_\_\_

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Reaktionen auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihre/n Therapeut\*in!

Wurden Sie von Ihrem Arzt über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie in unserem Hause informiert?

Ja  Nein

.....

## Einverständniserklärung

(Anmeldeformular, Datenschutzerklärung, Patientenaufklärung)

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen, beantwortet und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der für meine Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation meiner Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per email an die oben genannte email-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten emails personenbezogene Daten enthalten können.

Ich habe die Vereinbarung sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit dieser einverstanden. Die Behandlungskosten der gesetzlich Versicherten (Vergütungsvereinbarung GKV), der privat Versicherten (GebüTh / Honorarvereinbarung) und die Kosten für Heilpraktikerleistung (GebüH) sind auf der Praxiswebsite und in der Praxis einsehbar und mir bekannt.

Eine Ausfertigung des Anmeldeformulars ist mir ausgehändigt worden.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patientin / Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Zeichnungsberechtigter Mitarbeiter\*in der Praxis