

Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung

zwischen

Dr. Johannes Krömer, Wittbräuckerstraße 679, 44265 Dortmund

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

und

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Bei Minderjährigen: Rechnungsempfänger und Rechnungsanschrift, falls abweichend:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

als Patient(in)

wird ein Behandlungsvertrag und eine Honorarvereinbarung geschlossen.

CHIROPRAKTISCHE UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG

ORTHOPÄDISCHE UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Der Patient wünscht die ambulante privattherapeutische Behandlung durch o. a. Therapeuten und ist ausdrücklich damit einverstanden, dass die Rechnungen nach der Gebührenordnung der GOÄ, je nach Aufwand und Schwierigkeit bis zum 3,5fachen Satz abgerechnet werden.

Das Patientenrechtegesetz verpflichtet, ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung der Medikamenten- und Behandlungskosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Der Patient verpflichtet sich, sich vor Aufnahme der geplanten Behandlung über den individuellen Leistungsumfang seines Versicherungsträgers zu informieren. Sollte sich die zuständige Krankenversicherung nur bereit erklären, Teile der Behandlung zu bezahlen, so ist der Differenzbetrag zur vollen Liquidation tragen. Der Patient erklärt, dass er über ausreichende Mittel verfügt, um die geplante Behandlung zu bezahlen und dass derzeit weder ein ihn betreffendes Verbraucher-Insolvenz oder Regel-Insolvenzverfahren eingeleitet oder abgeschlossen wurde. Die Abtretung aller sich aus der Vereinbarung ergebenden wechselseitigen Ansprüche gleich aus welchem Rechtsgrund an Dritte wird ausdrücklich ausgeschlossen. Die Vergütung ist mit Erhalt der Rechnung sofort fällig. Bei Überschreiten der gesetzlichen Zahlungsfrist von 30 Tagen tritt nach § 286 BGB Verzug ein und die weitere Abwicklung übernimmt dann ein vom Rechnungssteller beauftragter Rechtsanwalt. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er ausreichend vom Therapeuten über die Honorarhöhe und eine mögliche Selbstbeteiligung aufgeklärt wurde. Die aus der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) resultierenden Verpflichtungen werden, gemäß der Vorschriften, gesondert erfüllt und dokumentiert.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personengebundenen und krankheitsbezogenen Daten für erforderliche Untersuchungen an mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden.

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass sich der Arzt vorbehält, mir für versäumte vereinbarte Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, ein Ausfallhonorar zu berechnen. (Absage telefonisch: 0231-99962580 oder per E-Mail an Info@orthopaedie-kroemer.de)

Bei minderjährigen Patienten gilt: Der unterzeichnende gesetzliche Vertreter kommt letztendlich für die Kosten auf, falls der Rechnungsempfänger die Zahlung verweigert.

Ich hatte ausreichend Zeit, diesen Vertrag zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich.

Ich habe ein Exemplar dieses Vertrages in Kopie erhalten.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift Therapeut

Unterschrift Patient

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

zwischen

Dr. Johannes Krömer, Wittbräuckerstraße 679, 44265 Dortmund

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Hiermit erteile ich

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Bei Minderjährigen:

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von (Daten Kind):

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis

der datenschutzrechtlich verantwortlichen Arzt Dr. Johannes Krömer, Wittbräuckerstraße 679, 44265 Dortmund

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrundeliegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Leistungserbringern (z.B. Kliniken, Fachärzte, Labor) angefordert, verarbeitet und entsprechend genutzt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Durchführung und Koordination meiner Behandlung an andere Ärzte / Leistungserbringer / Labor übermittelt werden dürfen.
- Ich stimme der Weitergabe notwendiger Patientendaten an zuständige Behörden und Einrichtungen (z.B. Gesundheitsamt, Landschaftsverband, BG zu, sofern nicht eine gesetzliche Verpflichtung zur Datenübermittlung z.B. aus dem Sozialgesetzbuch besteht.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Dr. Johannes Krömer, Wittbräuckerstraße 679, 44265 Dortmund

(nicht Zutreffendes bitte streichen)