

**Liebe Patientinnen und Patienten,**

**liebe Kundinnen und Kunden,**

wir freuen uns, Sie in der Praxis Klinikum Vital begrüßen und behandeln zu dürfen. Wir bedanken uns für das Vertrauen, das Sie unserer Praxis und unseren Therapeuten entgegenbringen. Die folgende Behandlungsvereinbarung dient sowohl Ihrer als auch unserer Information und rechtlichen Absicherung. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben Sie die Einwilligung.

Sind Ihre bei uns gespeicherten Daten korrekt?

Pat.Vorname Pat.Nachname, geb. am Pat.Geburtsdatum

Adresse: Pat.Straße, Pat.PLZ Pat.Ort

Telefon: Pat.Telefon-1, Pat.Telefon-2, Pat.Mobil

E-Mail : Pat.E-Mail

Versicherung: KotrPers.Titel

## **BEHANDLUNGSVEREINBARUNG**

zwischen

GTMS – Gesellschaft für therapeutische und medizinische Leistungen Siegen  
Weidenauer Straße 76, 57076 Siegen

und

dem genannten Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

### **1. Datenweitergabe und Datenschutz**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Mit Zustandekommen der Behandlungsvereinbarung sind wir berechtigt und verpflichtet, Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zu verarbeiten. Für anderen Zwecke verarbeiten wir Ihre Daten nur, wenn Sie ausdrücklich zugestimmt haben. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz entnehmen Sie unserer Datenschutzvereinbarung.

## 2. Terminabsage und 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, können Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher kostenfrei absagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Dies ist auch am späten Abend, in der Nacht, an Feiertagen oder am Wochenende möglich: per E-Mail an [klinikumvital@klinikum-siegen.de](mailto:klinikumvital@klinikum-siegen.de) oder per Telefon (Anrufbeantworter) unter 02717053040. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für Sie als Patientin/Patient einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen (unabhängig vom Absagegrund), behalten wir es uns vor, Ihnen die vereinbarte Vergütung privat in Rechnung zu stellen.

Sofern Sie gesetzlich oder berufsgenossenschaftlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen bzw. die Berufsgenossenschaft zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen unter [www.gkv-heilmittel.de](http://www.gkv-heilmittel.de) bzw. den Berufsgenossenschaften unter [www.dguv.de](http://www.dguv.de) einsehbar und mit uns abgeschlossen worden ist. Gern können Sie diese auch bei uns einsehen. Für alle anderen Patienten (Privat und Selbstzahler) gelten die in unserer Praxis vereinbarten Honorare als Ausfallgebühr.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt oder eingehalten wird. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

Kann ein Termin wegen Krankheit des Therapeuten oder sonstigen von der Praxis nicht zu vertretenden Umständen (höhere Gewalt) nicht stattfinden, werden wir Ihnen die Absage so schnell wie möglich mitteilen. Der Termin wird dann möglichst zeitnah nachgeholt.

## 3. Patientenaufklärung [Privat-, Gesetzlich- oder BG-versicherten Patienten]

Ihr verordnender Arzt bzw. Heilpraktiker ist nach § 630e BGB verpflichtet, Sie über Ihre Erkrankung sowie Art und Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufzuklären. Sollte dies nicht oder nicht vollständig in dieser Form geschehen sein, wenden Sie sich umgehend erneut an Ihren verordnenden Arzt bzw. Heilpraktiker.

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt.

Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

Die durch den Behandler bzw. durch den Therapeuten durchgeführten Therapien erfolgen nach Absprache mit dem Patienten, welcher sich verpflichtet, alle Fragen zu seiner Person, insbesondere die seine Gesundheit und den bisherigen Therapieverlauf betreffen, umfassend wahrheitsgetreu zu beantworten. Verschweigt der Patient wesentliche Informationen zu seiner Krankengeschichte kann dies dazu führen, dass das Ziel der Therapie nicht erreicht wird oder sogar nachteilige Auswirkungen auf Sie haben könnte.

#### 4. Therapie, Behandlung, Training

- (1) Sämtliche Heilbehandlungen werden nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards durch den Behandler und seinen Therapeuten durchgeführt. Alle Behandlungen erfolgen unter der Maßgabe, den Patienten ganzheitlich zu behandeln, d.h., die Beseitigung oder Linderung bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird mit den gegebenen Mitteln zeitnah angestrebt, jedoch steht das Bemühen, langfristig die Ursache dieser Beeinträchtigung zu beheben, im Vordergrund.
- (2) Die Behandlungszeiten richten sich nach den Vorgaben der jeweiligen Krankenkassen. Die Dauer der Behandlung bei Privatleistungen ist in der aktuellen Preisliste entsprechend den Heilmitteln aufgelistet.
- (3) Wir möchten, im Interesse unserer Patienten, Wartezeiten möglichst vermeiden. Wir sind deshalb darauf angewiesen, dass jede Behandlung pünktlich beginnen kann. Verloren gegangene Zeit durch Zuspätkommen wird von der Behandlungszeit abgezogen. Sollte die Behandlungsdauer nach den Vorgaben der Leistungsbeschreibungen der Krankenkassen bzw. nach den Vorgaben der Versicherung unterschritten werden, muss die Therapie ausfallen und es greifen die Regelungen der Ziffer 2.
- (4) Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein Badehandtuch (80x140cm oder größer), als Unterlage für die Behandlungsbank mit. Wir stellen keine Handtücher zur Verfügung.
- (5) Um den gegenwärtigen Status und den Fortschritt Ihrer Therapie zu dokumentieren und den weiteren Therapieverlauf besser planen zu können, fertigen wir, wenn sinnvoll und notwendig, ggf. Fotos/Videos von Ihnen an. Soweit dies möglich ist, ist Ihr Gesicht auf den Fotos nicht zu erkennen. Die gemachten Bilder dienen lediglich dazu, Ihren Therapiefortschritt zu dokumentieren. Sie werden nicht ohne eine zusätzliche Einwilligung von Ihnen veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben. Damit wir Fotos/Videos anfertigen und in Ihrer Patientenkartei speichern können, benötigen wir Ihr Einverständnis, welches Sie jederzeit widerrufen können. Die Einverständniserklärung zur Foto- und Videodokumentation befindet sich im Anhang.

- (6) Es besteht keine Haftung für den Verlust oder die Beschädigung eingebrachter Wertgegenstände und Bekleidung. Die Bereitstellung von Spinden begründet keine Haftung für hierin eingebrachte Gegenstände. Spinde sind lediglich während der Zeit des jeweiligen Trainings/der jeweiligen Behandlung zu nutzen. Die GTMS ist berechtigt, missbräuchlich verwendete Schränke kostenpflichtig öffnen zu lassen. Die persönlichen Wertgegenstände werden 3 Monate in der Praxis aufbewahrt. Sollten die Gegenstände nicht abgeholt werden, werden diesen entsorgt.
- (7) Der Patient verpflichtet sich, das Milon-Armband (notwendig zur Nutzung der Trainingsgeräte) nur persönlich zu verwenden und diese nicht Dritten zu überlassen. Der Patient haftet gegenüber der GTMS für Schäden aufgrund des Missbrauchs des Armbandes, soweit der Patient den Missbrauch vorsätzlich oder fahrlässig ermöglicht hat. Für jeden Verstoß hiergegen verpflichtet sich der Patient zur Zahlung eines pauschalisierten Betrages in Höhe von 250 €. Die Geltendmachung eines über diesen Beitrag hinausgehenden Schadens bleibt der GTMS vorbehalten. Weist der Patient nach, dass ein geringerer oder gar kein Schaden entstanden ist, schuldet der Patient lediglich den nachgewiesenen Betrag.

## 5. Verordnung

Physiotherapeutische Behandlungen können und dürfen wir bei allen Patienten (privat-, gesetzlich- oder BGversichert) nur bei Vorlage einer entsprechenden Verordnung erbringen. Nehmen Sie eine physiotherapeutische Behandlung in Anspruch, dürfen wir Sie aus rechtlichen Gründen nur behandeln, wenn Sie zum ersten Termin Ihre ärztliche/Heilpraktiker-Verordnung mitbringen. Haben Sie Ihre Verordnung vergessen, können wir die Behandlung nicht wie geplant durchführen. In diesem Fall fällt der Termin aus und nach Maßgabe der Ziffer 2 dieses Vertrages ist die Ausfallvergütung zu entrichten.

Die Kosten für das Behandlungsausfallhonorar oder Anamnese und Befundaufnahme werden nicht von den Krankenkassen (PKV, GKV, BG) übernommen.

## 6. Vergütung der Therapieleistungen

- (1) Gesetzlich Krankensversicherter Patient (GKV)
- Die Vergütungen 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 gesetzlichen Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10 % der Behandlungskosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und der Physiotherapieverbände/Physiotherapeuten) sowie 10 Euro je Verordnung und ist somit in jeder Praxis in Deutschland gleich hoch. Die gesamte Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung. Wenn Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit sind, legen Sie uns am 1. Behandlungstermin Ihren Befreiungsausweis vor.

Sollte die Anzahl der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig geleistet werden, erhalten Sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.

(2) Berufsgenossenschaftlich versicherter Patient (BG)

Die Vergütungen für Heilmittel rechnen wir direkt mit Ihrer Berufsgenossenschaft nach den aktuell vereinbarten Sätzen ab. BG-versicherte Patienten haben keine Zuzahlung für D-ärztlich (Durchgangsarzt) verordnete Heilmittel zu leisten.

(3) Privatversicherter Patient (PKV) sowie GKV/BG-Patienten als Selbstzahler und Leistungen des Sektoralen Heilpraktikers

Im Gegensatz zur Abrechnung im ärztlichen Bereich gibt es für Heilmittelerbringer in Deutschland keine durch den Gesetzgeber festgelegte Gebührenordnung. Seit 2007 werden in der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) die üblichen Preise veröffentlicht, die zwischen Heilmittelerbringern und ihren Patienten vereinbart werden. Diese GebüTh bildet damit die Basis für die transparente und nachvollziehbare Honorarberechnung in unserer Praxis. Auch wir orientieren uns an der GebüTh. Als Basissatz für die Kalkulation von Privatpreisen greift die GebüTh auf die GKV-Preise zurück. Hinzu kommt ein Steigerungsfaktor, der dann die tatsächliche Höhe der Privatpreise festlegt. Dabei liegt der Multiplikator zwischen 1,4 und 2,3-fach. Angelehnt an die Abrechnung im ärztlichen Bereich haben wir einen Multiplikator von 2,0.

Sollte die Behandlung auf Grundlage einer heilpraktischen Verordnung durch unsere Praxis erfolgen, werden die Rechnungen nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker „GebüH“ erstellt.

Die Vergütungen für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung und/oder Private Krankenzusatzversicherung von Ihnen zu zahlen. Die Kostenübernahme Ihrer Kostenerstattungsstelle kann je nach vereinbarten Versicherungstarif schwanken. Wir haben keinen Einblick in Ihren Versicherungstarif und können somit auch keine Aussage zur Kostenerstattung treffen. Daher empfehlen wir Ihnen, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Kostenerstattungsstelle zu erfragen.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.

(4) Selbstzahler [ohne ärztliche/heilpraktische Verordnung; präventive Gesundheitsleistungen]

Die gewünschte Leistung zur Verhinderung von Krankheit/Leiden/Körperschäden und Förderung der Gesundheit werden nach unserer aktuellen Preisliste als Auslage in der Praxis auf Grundlage dieses Behandlungsvertrages mit Ihnen direkt abgerechnet. Die Behandlungskosten sind innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen.

Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist entsteht, ohne weitere Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz.

Hiermit klären wir Sie darüber auf, dass die Kosten der vereinbarten Leistung von den Krankenkassen/Kostenträgern nicht erstattet werden und Sie selbst die oben vereinbarte Vergütung für die Leistung/en in voller Höhe zu tragen haben. Dies gilt auch für den Fall, dass sich die Leistungen mit solchen des Leistungskataloges der Krankenkassen decken, die bei einer notwendigen Krankenbehandlung ggf. ärztlich verordnet werden könnten.

### **7. Geltung der Vertragsbestimmungen**

Diese Behandlungsvereinbarung findet auf alle bei uns in der Praxis erbrachten Leistungen Anwendung und gilt auch für zukünftige Leistungen. Es gilt die Hausordnung der Kreisklinikum Siegen GmbH. Die GTMS mbH behält sich das Recht vor, bei Verstoß gegen die Hausordnung Patientinnen und Patienten der Praxis zu verweisen und ggf. ein Betretensverbot auszusprechen.

### **8. Einverständniserklärung**

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Eine Ausfertigung dieser Behandlungsvereinbarung ist mir ausgehändigt worden.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Datum:

---

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten

Datum:

---

Unterschrift Gesellschaft für therapeutische und medizinische Leistungen Siegen mbH

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

GTMS – Gesellschaft für therapeutische und medizinische Leistungen Siegen mbH  
Weidenauer Str. 76  
57076 Siegen  
Herr Fölsing  
E-Mail: [i.foelsing@klinikum-siegen.de](mailto:i.foelsing@klinikum-siegen.de)

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Frau Hinkel  
Weidenauer Str. 76  
57076 Siegen  
Tel.: 0271/7052060    E-Mail.: [datenschutz@klinikum-siegen.de](mailto:datenschutz@klinikum-siegen.de)

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen, Ihrem Therapeuten und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Physiotherapeuten, andere medizinische Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Rahmen des Forderungsmanagements (Buchhaltung / Mahnwesen) werden die Daten an die Kreisklinikum Siegen GmbH, Weidenauer Str. 76, 5776 Siegen, übermittelt. Im Einzelfall erfolgt

die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger. Für die Betreuung der Praxissoftware sind die Kreisklinikum Siegen GmbH und SOVDWAER GmbH, Franckstr. 5, 71636 Ludwigsburg, zuständig. Im Rahmen der Betreuung können die Unternehmen Kenntnis von Ihren Daten nehmen. Für die Betreuung der Praxissoftware sind die Kreisklinikum Siegen GmbH und SOVDWAER GmbH, Franckstr. 5, 71636 Ludwigsburg, zuständig. Für die Terminvereinbarung nutzen wir die Terminland GmbH, Kreuzberger Ring 44a, 65205 Wiesbaden. Im Rahmen der Betreuung können die Unternehmen Kenntnis von Ihren Daten nehmen.

#### **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

In besonderen Fällen erfolgt eine längere Aufbewahrungsfrist als gesetzlich angeordnet, beispielsweise bei der Durchsetzung von Schadenersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit wir hiervon Kenntnis haben. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung erforderlich machen. Da auch zivilrechtliche Schadenersatzansprüche des Patienten gegen seine Behandler gemäß §199 Absatz 2 BGB erst nach 30 Jahren verjähren, behalten wir uns vor, die Patientenakte für die Dauer von 30 Jahren 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 der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

#### **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ich:

Name \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

bestätige, dass ich die PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ erhalten habe.

Datum:

---

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten

## Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Klinikum Vital meine Behandlungsdaten und Befunde zwecks Weiterbehandlung an meinen Hausarzt/mitbehandelnden/überweisenden Arzt auch Online übermitteln darf.

Datum:

---

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis bei meinem Hausarzt/mitbehandelnden/überweisenden Arzt Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, wenn dies für meine Behandlung im Klinikum Vital erforderlich ist. Die Praxis versichert, die erhaltenen Daten nur zu dem Zweck zu verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Datum:

---

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten

Terminerinnerungen erfolgen per E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Praxissoftwaresystems SOVDWAER per E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerung wieder aus.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Praxis für die Zukunft widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Praxis und niedergelassenem Arzt statt.

Datum:

---

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten

## **Einverständniserklärung zur Foto und Videodokumentation**

Ja, ich stimme Foto-/Videoaufnahmen zu Therapiezwecken und Speicherung in der Therapieverlaufsdokumentation zu.

Datum:

---

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten